

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

294

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1898, à 1 heure.

PAR

Félix JAISSON

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

LES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Président : M. DEBOVE, professeur,

*Juges : MM. } LETULLE, professeur.
 } ACHARD et MARIE, agrégés.*

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

294

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1898, à 1 heure.

PAR

Félix JAISSON

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

LES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Président : M. DEBOVE, professeur,

Juges : MM. } LETULLE, professeur.
ACHARD et MARIE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DU VAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
	FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses.	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRA.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON BIEN AIMÉ PÈRE

LE DOCTEUR JULES JAISSON

Regrets éternels.

A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde reconnaissance.

A MES SŒURS

Gage d'affection fraternelle.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR JAISSON

MON GRAND-PÈRE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Conseiller général, maire de Mouzon

A MES PARENTS

A MES AMIS

AU DOCTEUR CRÉQUY

Médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Est

Souvenir reconnaissant.

A LA MÉMOIRE DE MON CHER MAÎTRE

LE DOCTEUR HANOT

Agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEURNIER

Chirurgien des hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN

Chirurgien des hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAR

Agrégé de la Faculté de Médecine
Accoucheur des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Les rapports de la folie et des différentes phases de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, ont dès longtemps captivé les auteurs ; les mémoires, les thèses, les monographies sur la question sont extrêmement nombreux, et nous ne saurions présenter un historique complet de la question ; on trouvera, d'ailleurs, cet exposé fait d'une façon très complète dans la thèse de *Lallier* jusqu'en 1892. Avant lui, nous ne citerons que le travail fondamental de *Marcé*, qui encore aujourd'hui est d'actualité, qu'on doit lire et étudier avant de rien écrire sur ce sujet ; car bien qu'écrit il y a 40 ans, il constitue encore un document de la plus haute valeur, tant les faits qu'il contient sont multiples. Depuis lors, des théories pathogéniques nouvelles ont paru ; on a tâché d'éclairer les accidents de la puerpéralité au jour de la bactériologie ; la pathologie générale nous fait comprendre les rapports qui unissent l'auto-intoxication à l'éclampsie ; mais les théories passent et les faits demeurent ; et c'est ainsi que si les interprétations pathogéniques de l'illustre médecin de Bicêtre paraissent aujourd'hui surannées, les multiples observations qu'il a publiées servent à présent à édifier des théories nouvelles.

On s'étonnera, peut-être, qu'après tant d'autres nous abordions un pareil sujet ; d'autant plus que la thèse de *Lallier* constitue une excellente mise au point de la folie

puerpérale ; mais un certain nombre de travaux plus récents ont paru sur la question et il nous a semblé que nous pouvions l'aborder, sans tomber dans de fastidieuses redites. D'autant plus que *Lallier*, dans ses conclusions, reconnaît que de nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer la forme exacte que revêt le délire consécutif à la grossesse ou à l'accouchement. Or, *Toulouse* publiait, en 1893, deux articles sur la question, intitulés : « Délire infectieux de la période post-puerpérale » ; et « étiologie et formes cliniques des psychosés puerpérales ». Dans ce dernier article, l'auteur, essayant une classification — qu'il reconnaît lui-même artificielle — de ces psychoses en 4 groupes, selon qu'elles surviennent pendant la grossesse, la parturition, après l'accouchement, ou pendant la lactation. Cet essai de classification, reproduit dans son traité des causes de la folie (1896), est en somme très voisin de celui de *Marcé*, ainsi que nous le verrons au chapitre des formes cliniques. Au point de vue pathogénique *Joffroy*, en 1894, attirait l'attention sur l'importance des altérations du corps thyroïde si fréquentes dans la grossesse.

Le premier travail qui, à notre connaissance, traite d'une façon magistrale des formes cliniques de l'aliénation mentale dans la puerpéralité a paru à Stuttgart en 1891, sous le nom d'Ohshausen, et cette importante partie de la question a depuis été surtout abordée par des aliénistes. Le très beau livre de Chaslin (1893), (la confusion mentale primitive) contient des renseignements très précieux sur la confusion symptomatique d'éclampsie. L'article de Leglas, publié en 1897, dans la *Presse médicale*, doit être cité. Le remarquable travail de Marandon de Montyel, pu-

blié en 1897 dans la *Gazette des hôpitaux*, montré que la confusion mentale primitive est toujours symptomatique d'une infection ou d'une intoxication ; enfin Maurice Dide, dans une toute récente revue générale, serre de très près la question du délire post-éclamptique ; et montrant les rapports qui unissent l'éclampsie à l'épilepsie, il fait ressortir la frappante analogie qui unit les délires consécutifs à ces deux manifestations convulsives. Il sépare nettement, au point de vue clinique (cette séparation avait été déjà faite par *Lallier* au point de vue étiologique), les délires post-éclamptiques, des délires post-puerpéraux. Malgré tous ces travaux, la question reste encore bien obscure par bien des côtés ; nous n'espérons pas résoudre tous les problèmes qui restent encore sans solution, heureux même si nous arrivons à montrer un certain nombre des points obscurs.

C'est la mort d'une jeune femme dont on trouvera plus loin l'observation, qui nous a donné l'idée première de ce travail, mais nous avons voulu ne pas nous contenter de joindre à cette observation unique, quelques autres copiées dans les ouvrages antérieurs.

Nous nous sommes adressé à M. le Docteur Febvère, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard, lequel possède un magnifique service de 350 lits ; cet éminent clinicien a mis, non seulement à notre disposition les malades qui pouvaient nous intéresser, mais encore il a bien voulu nous communiquer leurs dossiers, qui contiennent pour la plupart des notes multiples et détaillées sur l'état de ses malades et qui constituent ainsi des observations ayant une inappréciable valeur ; nous ne savons comment assez le

remercier de la haute direction qu'il a bien voulu donner à nos recherches. MM. Pélas et Bide nous ont été d'un réel secours pour l'examen souvent difficile des aliénés dont nous publions les observations.

La question est tout à fait à l'ordre du jour, puisque le professeur Budin, dans une récente leçon d'ouverture à la Maternité du boulevard Port-Royal, racontait qu'un de ses confrères venait le consulter pour une jeune femme, qui, peu après un accouchement, fut prise d'accès de gaieté tout à fait inexplicables. Le médecin fut stupéfié en apprenant de la bouche du maître que cette malade, qui avait toutes les apparences d'une santé florissante, était perdue à bref délai. La magistrale leçon du Docteur Budin se terminait par ces paroles : « méfiez-vous toujours d'une femme qui change de caractère après un accouchement ; prenez avec soin la température, voyez si le col se ferme bien ; vous allez probablement avoir à intervenir, s'il n'est déjà trop tard ». Les exemples que nous donnons, les observations publiées avant, nous montrent également combien le pronostic des psychoses puerpérales doit être réservé.

Mais avant de commencer l'exposé de notre sujet, nous avons le devoir de remercier les maîtres qui nous ont donné un enseignement qui nous sera d'un précieux secours dans l'exercice de notre profession.

Nous avons été le stagiaire et l'externe d'un maître illustre, qui donnait à ses élèves le meilleur de lui-même, homme de génie trop tôt enlevé à la science et à l'affection de ses élèves. Nous ne songeons jamais à M. Hanot sans une émotion très vive et un regret très profond.

Nous avons été également, pendant deux ans, l'externe de M. le docteur Beurnier, chirurgien des hôpitaux ;

cet éminent clinicien a droit à notre vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter.

Nous avons enfin été l'externe de M. le Docteur Demoulin, dont la haute compétence chirurgicale nous a été d'un précieux secours.

Tous nos remerciements vont aussi à M. le Professeur Bar, accoucheur des hôpitaux, à qui nous devons toutes nos connaissances en accouchement.

Que M. le Professeur Debove veuille bien agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

ÉTIOLOGIE

Avant d'aborder la valeur relative de l'éclampsie et de l'infection dans la production de la folie nous traiterons des causes que nous considérons comme prédisposantes.

Pour Magnan et ses élèves la puerpéralité n'est qu'un agent provocateur qui met en évidence une des formes essentiellement variables de la folie dégénérative ; en d'autres termes, l'hérédité a une influence considérable, elle est le facteur principal dans la production de ces délires.

La théorie du maître est bien exprimée par cette phrase de Toulouse : « la puerpéralité est une occasion banale à delirer, et les psychoses ne se ressentent de rien de ce facteur dans leur forme et dans leur évolution ». Toulouse lui-même n'admet pas sans réserve cette opinion. Le rôle de l'hérédité est incontestable, et la puissance de l'hérédité nerveuse est considérable, mais il nous semble peu scientifique d'être trop simpliste et d'éliminer toutes les causes à l'exclusion d'une seule et d'une façon générale nous croyons avec Marandon de Montyel qu'il y a lieu de tenir compte dans l'étiologie des psychopathies de trois facteurs ; l'hérédité, les infections ou intoxications, les traumatismes ; or la grossesse constitue à n'en point douter une cause d'auto-intoxication ; l'accouchement peut, sans un grand

effort d'esprit, être assimilé à un traumatisme, et à la suite de l'accouchement l'infection moins fréquente aujourd'hui que jadis, n'est pas absolument exceptionnelle. A priori nous voyons donc que la théorie de Magnan est trop absolue. Récemment, au sujet de l'éclampsie, Féré dans son livre sur les épilepsies et les épileptiques, reprend la théorie de Charcot, et considère que l'éclampsie de même que l'épilepsie consécutive ne sont que des manifestations héréditaires. « Les antécédents héréditaires et personnels peuvent, en effet, dans un certain nombre de cas, mettre en lumière, la prédisposition névropathique, et montrer que la dentition, les affections intestinales de l'enfance, la scarlatine, la grossesse et l'accouchement, ne jouent qu'un rôle de cause déterminante. C'est surtout pour l'éclampsie puerpérale, qui se présente à un âge plus avancé, que la démonstration peut être faite : on la voit, en effet, souvent se développer, chez des sujets qui ont des antécédents hystériques et surtout des antécédents convulsifs à forme éclamptique, qui se sont présentés à différentes périodes de la vie, soit à propos de la dentition, d'affections gastro-intestinales, de fièvres éruptives ». Il est de toute évidence que si une pareille opinion était admise, l'éclampsie n'étant qu'une manifestation tardive d'une tare convulsive ancienne, les périodes délirantes consécutives n'auraient aucune autonomie et ne mériteraient pas une description à part. Hâtons-nous de dire que la presque totalité des accoucheurs reconnaît à la grossesse la valeur de cause efficiente dans la production de l'éclampsie ; et que la pathogénie de cette complication solidement appuyée sur la théorie de l'auto-intoxication jette un jour singulier sur les accès épileptiformes en général (J. Voisin et Péron,

Dite). Le délire consécutif a donc dans ces conditions une valeur égale à celle des délires toxiques en général.

Il est temps, croyons-nous, de séparer au point de vue étiologique les délires éclamptiques des délires de l'infection puerpérale. A Lallier revient l'incontestable mérite d'avoir fait nettement cette distinction importante :

Étudions d'abord les psychoses post-éclamptiques ; elles surviennent dans la proportion de 6/100 sur le nombre total des éclampsies suivant Olshausen ; 5/100 suivant Lallier. L'excessive rareté du passage à l'état chronique explique que cette forme est surtout la folie puerpérale, comme type morbide spécial, et que leurs certificats ne portent plus ce diagnostic. La lecture de nos observations prouvera combien peu fondée est cette assertion. Et par suite la déduction qu'il en tire est inexacte.

On peut fort bien, à notre avis, vérifier les statistiques des anciens auteurs et voir si la proportion de folie puerpérale a diminué.

Marce, en 1858, trouve une proportion de 4/42 de folies puerpérales.

Faure en 1888, 1889-1890 : — 1/42

En 1898, examinant les malades actuellement en traitement dans le service du docteur Febvre, nous trouvons parmi les malades ayant accouché peu avant leur admission ou depuis leur admission :

Une débile à mauvais instincts, de 15 ans, sur laquelle l'accouchement n'a eu aucune influence.

Deux paralytiques générales, dont l'une a eu, à la suite d'une grossesse, une période de rémission.

Deux folies puerpérales affectant toutes deux le type de démence chronique, d'emblée.

Une manie aiguë consécutive à la lactation

Si l'on songe que le service des femmes de Willé-Evrard comprend 350 malades, on verra que le rôle étiologique de l'infection puerpérale a considérablement baissé au point de vue de la folie.

Une infection peut-elle produire la folie de toutes pièces? c'est là une question délicate; il va sans dire que des observations comme celles qui souvent ont été publiées, où l'on retrouve plusieurs parents aliénés dans les ascendants ne prouvent rien. L'infection puerpérale peut être considérée comme un agent provocateur, ou simplement comme une coïncidence.

Les rapports de la folie et des infections purulentes depuis longtemps étudiés par les accoucheurs ont captivé l'esprit des savants.

Au point de vue de l'explication de la psychose, certains auteurs ont cru qu'elle était due non pas à l'éclampsie même, mais à l'albumine si fréquente pendant la grossesse. Certains auteurs (Donkin, Simpson) ont notamment observé des cas où l'éclampsie avait manqué et où cependant des troubles mentaux s'étaient produits chez une femme enceinte et albuminurique. La valeur de cette albuminurie semble bien évidente, après les lignes suivantes que nous empruntons à Marcé. Le docteur Simpson a relaté deux cas curieux qui méritent d'être pris en sérieuse considération: « Dans l'un, il y eut, à une semaine d'intervalle, deux accès « soudains de manie puerpérale sans aucune complication; « à chaque accès l'urine contenait de l'albumine, tandis « qu'elle n'en offrait pas pendant leur intervalle. Dans l'autre cas, la manie dura deux ou trois semaines; l'albuminurie, qui d'abord était très marquée, disparut avant le

« retour complet à la raison ». Nous croyons, avec Lallier, qu'il y a lieu de distinguer la folie éclamptique de la folie brightique. Et on ne saurait rendre, dans la majorité des cas, l'albuminurie coupable de la production du délire, puisqu'elle est généralement très-peu marquée et parfois tout à fait absente. — Non, l'éclampsie en tant qu'intoxication générale tient sous sa dépendance à la fois l'albuminurie, les attaques épileptiformes et le délire ; et ce délire peut même éclater en dehors d'attaques, à la manière du délire épileptique qui se produit parfois sans qu'une attaque en soit la cause directe ; dans l'immense majorité des cas, le délire éclamptique est précédé d'attaques, et le temps qui s'écoule entre ces deux manifestations morbides est généralement très court, parfois nul.

Si maintenant nous passons aux psychoses dues à l'infection puerpérale, elles sont parmi des psychoses dues à la grossesse et à l'accouchement ; plus fréquentes que les précédentes, comme leur nom l'indique, elles sont liées à l'infection.

Marandon de Montyel publiait, en 1883, un article souvent cité sur des rapports de la fièvre typhoïde et de la folie. Les travaux plus récents de Glover (La folie et la fièvre typhoïde, *th.* de Paris 1891), l'article de Pagliano dans la *Revue de médecine* (1894) ont singulièrement éclairé la question. Cette affection (dans laquelle le délire est presque symptôme) peut laisser, dans l'état mental, une trace durable de son passage, produisant une confusion mentale de durée variable parfois chronique (délires post-typhoïdes de Marandon de Montyel). « Lorsque la fièvre typhoïde ne laisse pas à sa suite une psychose, plus ou moins tenace, elle peut déséquilibrer le malade et le rendre débile et apte à délirer facilement ». Des lésions de méningo-encéphalite typhiques,

avec bacille d'Ebert dans les exsudats (Fernet), expliquent dans certains cas ces accidents.

La comparaison avec les folies consécutives à l'érysipèle est plus suggestive encore, étant donnée l'identité de l'agent pathogène. Fait extrêmement intéressant, la stupeur a été notée par Christian (*De la folie consécutive aux maladies aiguës*), et l'on ne peut s'empêcher de songer à la fréquence de cette forme morbide, à la suite de l'accouchement.

Mais ce n'est pas seulement par analogie que l'on peut arriver à pouvoir affirmer que les phénomènes mentaux sont liés à une infection. Dans 49 cas sur 42, Hausen a noté l'existence de signes non douteux d'infection chez des femmes ayant présenté des troubles mentaux après leur accouchement. Bar et Lallier ont trouvé ces symptômes constamment ; et il n'est pas douteux aujourd'hui que l'élévation de température soit la cause, et non l'effet de l'agitation des malades qui nous occupent.

Dans le second cas, la continuation des phénomènes pathologiques, qui ne semblent nullement influencés par l'évolution de la grossesse, ou par l'accouchement, semble devoir faire admettre qu'il faut plutôt voir, dans la coexistence de la grossesse et de la psychose, une coïncidence plutôt qu'une relation de cause à effet.

Enfin, la grossesse peut être déjà très avancée quand se produisent des troubles mentaux et alors il nous paraît rationnel de considérer ces cas comme ressortissant à l'étude de l'éclampsie, car limiter la période des accidents éclamptiques aux limites exactes de l'accouchement nous semble une conception infiniment trop étroite. Il est beaucoup plus rationnel d'admettre que l'éclampsie comprend l'étude

de tous les phénomènes d'auto-intoxication liés à la grossesse.

Il est cependant à prévoir que les manifestations morbides prendront un caractère d'acuité un peu spécial au moment de l'accouchement, étant donné qu'à l'auto-intoxication se joint le très important facteur *traumatisme*. Nous avons vu combien sa connaissance était importante dans toutes les manifestations du système nerveux.

Il nous reste à dire maintenant un mot des psychoses survenant au moment de l'allaitement ; ce sont incontestablement celles sur lesquelles nous avons les données les moins précises pour la bonne raison que les facteurs sont ici très multiples ; Il y a lieu, comme précédemment, de tenir compte de la possibilité d'une folie dégénérative, et en admettant même que l'hérédité ne fût pas extrêmement chargée.

Existe-t-il une forme de l'infection puerpérale qui prédispose plus qu'une autre à la folie. Lallier a analysé avec soin 29 cas terminés par la mort. La voie sanguine a pu être incriminée 19 fois ; soit environ 60/100 des cas où l'on nota la pyohémie et la phlébite ; dans 10 cas la mort était due à la péritonite, et encore peut-on considérer que la proportion des cas où l'agent nocif a été charrié par la voie sanguine est plus grande encore, car la péritonite étant très souvent mortelle et cette statistique n'étant faite que sur les cas mortels, il en existe un grand nombre qui y échappent et parmi lesquels il y a sûrement plus de septicémies que de péritonites. La voie lymphatique doit incontestablement être incriminée, surtout dans des cas consécutifs à la péri-mérite (terme pris dans son sens le plus large).

L'étiologie des psychoses qui surviennent pendant la grossesse nous arrêtera peu ; ou bien la grossesse est au

début et les psychoses développées ne peuvent pas être mises sur le compte du phénomène physiologique, qui n'a encore amené aucun trouble dans l'organisme, on aura parfois à faire à un état mental d'origine évidemment hystérique, et la grossesse ne peut être considérée que comme un agent provocateur ; dans d'autres cas une femme évidemment tarée qui a dans ses antécédents des aliénés, devient folle à l'occasion d'une grossesse ; mais dans l'un et l'autre cas, la grossesse ne saurait sans quelque bonne volonté être considérée comme la cause efficiente de la maladie ; il est pourtant incontestable, du moins pour des accidents hystériformes, que l'accouchement peut faire cesser tout phénomène pathologique, mais dans ce cas on ne sait jusqu'à quel point il faut attribuer l'heureux résultat à l'expulsion du fœtus. En résumé dans l'étiologie de la psychose il y aurait lieu de tenir compte de la part prédisposante qu'a pu jouer la dégénérescence. Il faut considérer l'état dans lequel se trouve l'organisme très débilité par une grossesse qui a eu pour conséquence une anémie parfois accentuée, une stéatose du foie... etc., il importe de songer à toutes les intoxications qui ont pu résulter de cet état, à une infection puerpérale qui a pu passer inaperçue, ou sur laquelle on ne peut obtenir que des renseignements insuffisants. Nous aurons à apprécier enfin le rôle que l'allaitement a pu jouer dans l'éclosion de la psychopathie ; et pour quiconque a entrepris des recherches en matière étiologique, la simple énumération de tous les éléments du problème, — qui sont l'origine possible d'autant d'erreurs — prouvera qu'on a bien peu de chances de mener à bonne fin un semblable travail.

II

FORMES CLINIQUES

La lecture du précédent chapitre permettait de prévoir quelle division nous adopterions pour celui-ci. Nous ne faisons d'ailleurs en cela, comme nous l'avons déjà dit, que suivre Marcé, à cela près que cet auteur n'a pas séparé la folie éclamptique de la folie liée à la grossesse ; les développements que nous avons donnés à l'étude de ces différentes formes justifiera notre distinction purement étiologique. Lallier, lui, ne considère que deux cas : la folie éclamptique et la folie de l'infection puerpérale. Ce sont à la vérité les deux variétés les plus nettes, les mieux étudiées, encore que l'auteur que nous venons de citer néglige complètement de nous montrer comment des différences cliniques, répondent aux différences étiologiques qu'il a eu le mérite de bien mettre en lumière. Nous allons essayer de faire ce que n'a pas fait l'auteur que nous citons ; nous ne nous imaginons pas d'ailleurs que notre tentative soit définitive. Mais quand bien même il ne resterait presque rien de notre classification, notre effort ne sera peut-être pas complètement perdu et permettra à d'autres plus habitués que nous à l'étude des maladies mentales de faire une œuvre plus scientifique et plus durable.

1^o Folie du début de la grossesse.

Nous publions les deux observations suivantes. La pre-

mière permet de croire que la grossesse a été l'agent provocateur de l'hystérie, la deuxième met en évidence l'immense influence de l'hérédité qui à elle seule suffit à expliquer les troubles mentaux.

OBSERVATION I

Délire extatique éclatant tout à coup dans le cours de la grossesse à la suite d'une émotion morale. — Guérison après l'accouchement.

Ch..., passementière, âgée de 22 ans, est entrée à la Salpêtrière, le 31 mai 1857, dans le service de M. Baillarger.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés, cette jeune fille n'avait jamais présenté aucun signe d'aliénation mentale. Elle était laborieuse, intelligente, et, jusqu'à il y a trois mois, avait toujours mené une conduite régulière.

A cette époque, Ch..., se laissa séduire par un jeune homme qui, depuis longtemps lui faisait la cour. Bientôt elle s'aperçut qu'elle était enceinte ; elle en fit part à son amant, mais celui-ci la reçut très brutalement, s'emporta contre elle, la frappa, finit par la mettre à la porte, en la prévenant que si jamais elle lui apportait l'enfant, il le jetterait par la fenêtre.

Ch..., qui, depuis longtemps était sujette à des attaques de nerfs, et que son état de grossesse rendait encore plus impressionnable, eut aussitôt une crise nerveuse très violente, et immédiatement après on vit éclater le délire.

Pendant huit jours encore, elle resta chez une amie ; mais elle refusait toute espèce d'aliments, ne dormait plus, s'enfuyait sans cesse de la maison. On fut donc forcé de la conduire à l'hospice. Le lendemain de son entrée, cette jeune fille se présente à nous dans l'état suivant :

La figure est altérée, le regard inquiet, tous les membres

agités par un tremblement convulsif ; la malade, complètement étrangère à ce qui se passe autour d'elle, est plongée dans une sorte d'extase.

Par moments, elle prononce quelques mots entrecoupés ; Adolphe, Adolphe..., il a dit qu'il viendrait... Ne « jette pas l'enfant par la fenêtre... ; il va venir tantôt... Adolphe..., ne le jette pas ». Elle se lève, s'approche de la fenêtre, regarde au dehors, et à voir la terreur qui se peint sur ses traits, son attitude épouvantée, ses gestes suppliants, on ne peut douter qu'elle n'assiste réellement à la scène de meurtre dont la seule pensée lui a fait perdre la tête. Elle semble même entendre la voix de la personne qu'elle attend, fait quelques pas pour aller à sa rencontre ; mais tout à coup elle retombe sur elle-même, se met à fondre en larmes et redit encore en sanglotant : « Ne jette pas l'enfant par la fenêtre, Adolphe... Il m'a fait bien du mal... » et de sa main elle montre le creux de l'estomac.

En vain cherche-t-on à la rappeler à elle-même par les questions les plus pressantes, par des impressions externes même douloureuses ; elle est sourde, insensible, aveugle : elle est tout entière absorbée par les souvenirs qui l'obsèdent, par le spectacle affreux que son imagination lui représente.

Pendant deux jours, cet état d'agitation extatique se reproduit d'une manière presque continue ; mais dès le troisième jour un changement notable se manifesta.

Le visage est devenu plus calme, le tremblement convulsif des membres avait diminué, les conceptions délirantes s'étaient affaiblies ; la malade revenait peu à peu au sentiment de la vie réelle : on pouvait momentanément fixer son attention et obtenir quelques réponses.

Les jours suivants, l'amélioration continua. Ch..., se mit d'elle-même à travailler. Elle répondit raisonnablement aux questions qui lui furent adressées, parla de sa grossesse et put préciser la date exacte de sa dernière époque menstruelle. Par

instants encore elle divaguait, et au mouvement de ses lèvres on pouvait reconnaître qu'elle parlait seule ; mais son délire, devenu intermittent, n'était plus que passager. Enfin, toutes les conceptions délirantes se sont dissipées, et, le 16 juin 1857, Ch. ., paraît complètement guérie ; elle est redevenue calme, laborieuse, parfaitement raisonnable ; il ne lui reste plus qu'un peu de tristesse.

On continue encore pour quelques jours le traitement qui a été prescrit dès le début : du fer réduit, du vin de quinquina et des affusions froides. (Observation publiée par M. Dubrisay dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 305).

30 juillet. La malade allait quitter l'hôpital et déjà son certificat de sortie était préparé, lorsqu'à la suite d'une procession faite dans l'intérieur de la Salpêtrière, elle eut une émotion très vive et éprouva une rechute ; de temps à autre encore, elle se lève étonnée, comme dans un accès d'extase, mais sans pleurer, sans pousser de cris ; elle rit ensuite seule et sans aucun motif. Dans l'intervalle de ces accès, qui se renouvellent plusieurs fois par jour, la malade travaille et cause raisonnablement.

La santé physique est assez bonne, l'urine examinée chimiquement n'a offert ni sucre, ni albumine.

12 septembre. La malade de temps à autre est tourmentée par des hallucinations ; il y a douze jours, elle a vu trois hommes envoyés par Adolphe pour la tuer, l'un était armé d'un couteau-poignard. La nuit elle dort mal, le jour elle ne peut travailler d'une manière régulière, ni rester en place ; sa figure est inquiète et préoccupée ; la nuit elle fait des rêves effrayants.

Jusqu'à la fin de sa grossesse, la malade est restée sujette aux mêmes accidents. J'ai su qu'elle était accouchée à la Salpêtrière d'un enfant qui n'a vécu que peu de temps. Depuis la délivrance, l'état mental est considérablement amélioré et, en évrier, la guérison était regardée comme complète.

OBSERVATION II

Mélancolie avec stupeur datant du début de la grossesse. —

Accouchement. — Guérison 3 mois après.

G..., âgée de 37 ans, entre le 11 janvier 1854, à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger.

On trouve dans ses antécédents qu'un frère et une tante se sont suicidés, et qu'un de ses oncles a été aliéné.

Cette femme a eu quatre enfants ; il y a sept mois et demi, elle a sevré son dernier, puis est redevenue enceinte presque immédiatement après, toutefois elle a été réglée une fois entre le sevrage et la grossesse.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle est enceinte de sept mois, et offre une lypémanie très caractérisée qui pouvait remonter au début de la grossesse, et s'est aggravée surtout depuis cinq semaines.

Jadis active et soigneuse, elle néglige tout chez elle, refuse de travailler, de sortir, répétant qu'elle deviendrait comme sa mère et son frère.

Une saignée, pratiquée il y a quinze jours, a notablement aggravé son état ; elle reste immobile, sans parler, sans agir, répond tout au plus par monosyllabes ; en un mot, elle est dans une stupeur profonde. Les extrémités sont froides, il y a de la constipation, un purgatif est administré.

25 janvier. La malade fait une tentative de suicide par étranglement ; elle répond, lorsqu'on l'interroge, qu'elle n'a aucune cause de chagrin.

Les jours suivants, la malade reste dans le même état de stupeur et de dépression, avec quelques alternatives de bien et de mal ; œdème des jambes (L'urine n'a pas été examinée chimiquement).

Le 18 février, elle accouche d'une fille, à cinq heures et demie du soir ; les couches se sont bien passées ; elle a éprouvé peu de douleurs et a à peine crié ; l'abattement, la tristesse persistent après l'accouchement ; elle ne s'occupe en aucune façon de son enfant.

20 février. La malade est sans fièvre, le ventre est souple et indolent, elle répond à voix basse aux questions qu'on lui adresse, elle reste indifférente à tout ce qui l'entoure.

Les suites de couches cessent le 12 mars ; les seins qui s'étaient fortement tuméfiés reprennent peu à peu leur volume normal, mais l'état mental ne se modifie pas ; elle reste impassible, indifférente, ne sait ni le jour, ni le mois, ni l'année où elle se trouve et parle d'une manière inintelligible.

Vers la fin de mars, il y a une légère amélioration, la voix reste faible, le poulx très petit, mais la malade commence à s'occuper.

Au 20 avril, l'amélioration devient plus sensible ; elle se tient beaucoup mieux, travaille assidûment et cause raisonnablement.

Au 29 avril, la stupeur a presque entièrement disparu, et la malade répond parfaitement à toutes les questions qu'on lui adresse :

Elle sort le 20 mars, bien portante, quoique ses règles n'aient pas encore reparu ; elle a oublié sa tentative de suicide, se souvient à peine de son accouchement et affirme que, pendant le temps qui vient de s'écouler, elle ne savait où elle était, et ne pouvait se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle (Communiquée par M. Baillarger).

III

FOLIE ÉCLAMPTIQUE

C'est incontestablement la mieux connue, de toutes celles qui se produisent à une période quelconque de la puerpéralité. Elle a fait en Allemagne le sujet d'un travail extrêmement documenté d'Olshausen, qui l'a bien décrite sous le nom de *confusion mentale hallucinatoire à évolution aiguë*. Nous dirons en quelques mots ce qu'est cette forme mentale : le début en est brusque, la femme après son attaque d'éclampsie est frappée d'un très grand trouble dans les idées. Les phénomènes d'association sont impossibles, d'où il résulte une très grande incohérence dans les idées. L'attention est tout à fait impossible ; il existe une sorte d'automatisme psychique qui pourrait faire supposer une certaine activité cérébrale, traduite par un marmottement continu, parfois par des discours à haute voix, ou par une agitation extrême dans les actes, mais ces phénomènes d'excitation sous incohérents, sans but précis, les mots prononcés n'ont souvent entre eux aucun lien appréciable ; l'individu parlera par assonance, fera une enfilade de mots rimés sans rapport ; il créera des néologismes, forgera des mots incompréhensibles. A cet état mental se joindront des hallucinations multiples de l'ouïe, de la vue, des organes génitaux, de la sensibilité générale. Il faudra soigneusement distinguer ces cas de la manie aiguë, et c'est surtout à l'état

mental qu'on s'adressera pour trancher la difficulté ; la suppression de l'attention et la confusion mentale devront être soigneusement constatées ; quant aux hallucinations, elles sont parfois appréciables par les attitudes et les actes des malades plutôt que par leurs discours, car le malade était un confus, et non un délirant, il ne construit pas de raisonnements erronés sur les hallucinations dont il est l'objet. « Les hallucinations sont constatées et non interprétées, la confusion mentale excluant la possibilité de délirer ». (Maurice Dide).

L'auteur que nous venons de citer, dans un tout récent mémoire, montré l'identité du délire post-éclamptique et post-épileptique ; et il conclut d'une étude très sérieuse et à laquelle nous renvoyons pour plus de détails que « la constatation de cette forme de délire à la fin de sa grossesse permet de poser le diagnostic en l'absence même de crises « d'éclampsie ».

L'évolution est généralement courte, et, comme Dide le fait remarquer, il ne reste généralement dans l'esprit de la malade aucune trace de l'accident.

La perte de souvenir de troubles mentaux est bien mise en évidence par les deux observations suivantes.

OBSERVATION III (RIBELL)

(*Des folies puerpérales*).

3^e observation. — *Rev. méd. de Toulouse*, 1877, XI, 193.

Jeune fille de 20 ans. Pendant le travail, au moins cinq attaques d'éclampsie. Accouchement par le forceps. Nouvelle

attaque après l'accouchement. A partir de ce moment, elle n'a plus conscience de sa situation, elle crie, chante, pleure, se lève de son lit, quitte sa chemise et va se promener toute nue dans le corridor en vociférant. Cet état dure quatre jours, puis elle tombe dans le sommeil et y reste plongée 24 heures consécutives.

Elle se réveille guérie.

OBSERVATION IV (BUDIN).

Obstétrique et Gynécologie, p. 517.

Primipare de 19 ans. Bons antécédents. 14 attaques d'éclampsie à la fin de la grossesse. Deux jours après modifications du caractère. Jette sur le plancher le vase contenant ses urines, puis se lève et va uriner dans un coin de la salle. Court à travers les salles et les couloirs. Refuse le régime lacté accepté jusque-là. On la menace de la camisole. Dès lors, elle reste tranquille, mais devient taciturne et tient constamment les yeux baissés. Dix jours après le début du trouble mental, accouchement normal. La malade n'annonce pas l'apparition des premières douleurs, bien qu'elle ait avoué plus tard les avoir senties. Après l'accouchement, l'intelligence devient normale, mais la malade ne se souvient plus de ses attaques d'éclampsie, ni des actes excentriques qu'elle a commis.

Les caractères du trouble mental ressortent bien de la description que nous en avons faite plus haut.

Il peut cependant, dans des cas très rares, y avoir de la démence chronique d'emblée, comme l'observation suivante le démontre.

OBSERVATION V (FRIAZ)

Accouchement artificiel. — Quarante et un accès d'éclampsie. — Manie ; terminaison par la démence.

Le 8 avril 1847, M. Friez fut appelé à 8 heures du matin auprès d'une jeune femme de 21 ans, qu'il trouva dans le décubitus dorsal avec écume sanglante à la bouche, les yeux fixes, les pupilles dilatées et immobiles, les poignets crispés, les mâchoires serrées, en proie, en un mot, à un véritable accès éclamptique.

Cet état, survenu à la fin du neuvième mois d'une première grossesse qui s'était passée sans accident, avait été précédé de légères douleurs lombaires, puis abdominales.

Les attaques se répétaient toutes les 8 ou 10 minutes, et dans l'intervalle il y avait des convulsions cloniques. Deux saignées de 6 à 8 onces, pratiquées à un court intervalle, furent suivies de contractions utérines qui firent descendre la tête du fœtus. Les accès se répétèrent après 2 heures de rémission, et on pratiqua l'accouchement artificiel; la délivrance suivit presque de suite. Mais l'accouchée restait dans un état comateux, avec respiration gênée : on fit une troisième saignée de 8 onces environ. La suffocation diminua, mais le trismus persista, les lochies se supprimèrent et les convulsions revinrent.

Le lendemain, les convulsions continuant, on applique des vésicatoires à la partie interne des cuisses, et on promena des sinapismes sur les membres inférieurs.

Le 10, les lochies reviennent ; persistance de l'état comateux ; trismus et convulsions. Lavement au tabac. Le 11, 24 sangsues aux apophyses mastoïdes. Du 12 au 17, les accidents di-

minuent d'intensité ; le 17 commencement de délire ; la malade menace et frappe les personnes qui l'entourent.

Les jours suivants, cet état d'aliénation persiste, mais devient intermittent, les paroxysmes commencent à l'entrée de la nuit et se prolongent jusqu'au matin.

La malade a depuis lors recouvré la faculté de dire quelques mots ; elle exécute tous les mouvements, mais elle reste dans un état complet d'imbécillité, d'ailleurs fort paisible : les règles ne sont pas revenues.

Ce que nous avons dit dans l'étiologie nous autorise à ranger l'observation suivante parmi les troubles mentaux consécutifs à l'éclampsie.

OBSERVATION VI (inédite)

(due à l'obligeance de M. le docteur FEBVRÉ).

Madame Per..., Joséphine-Louise, âgée de 37 ans, concierge, née le 27 novembre 1860 à Villemanoché (Yonne).

*Infirmierie spéciale près la Préfecture de Police,
26 août 1897.*

— est atteinte de troubles intellectuels survenus dans le cours d'une grossesse de six mois. Idées confuses. Mots incohérents. Crises d'excitation pendant lesquelles elle se porte à des violences contre son entourage.

Signé : Dr Rueff.

*Asile clinique Sainte-Anne : Certificat immédiat du
26 août 1897.*

— est atteinte d'excitation maniaque, incohérence, hallucinations : on frappait après ses portes, on voulait la mener à Mazas, grossesse de 4 mois.

Signé : Dr Dagonet.

*Asile de Ville-Evrard : Certificat immédiat du
28 août 1897.*

— présente un trouble général des idées sans hallucinations, illusions, désordre dans les actes, incapacité de faire le moindre effort d'attention. Grossesse. A observer.

Signé : Dr Febvré.

Asile de Ville-Evrard : note médicale du 3 septembre 1897.

— La malade est en effet très troublée au point de vue de ses idées ; elle reste sous l'influence d'un délire très étendu, au milieu duquel dominant les idées de persécution ; mais au point de vue de la santé du corps, elle ne court aucun risque. Toutes ses fonctions organiques s'accomplissent régulièrement et la grossesse suit un cours normal.

Signé : Dr Febvré.

Asile de Ville-Evrard : certificat de quinzaine du 11 septembre 1897.

— pour un accès maniaque, a éprouvé une légère amélioration dans son état mental. A maintenir.

Signé : Dr Febvré.

Asile de Ville-Evrard : certificat du 13 octobre 1898

— La malade est très calme à l'asile, elle ne commet aucun acte irrégulier, mais elle est sous l'influence d'idées de persécution : elle continue à se croire en butte à une foule de vexations imaginaires, elle éprouve enfin des hallucinations de l'ouïe ; je ne m'oppose pas à sa sortie de l'Asile, toutefois je tiens, avant de signer sa sortie, à savoir si sa famille s'engage

à la reprendre, à la soigner, à la surveiller, et à la conduire immédiatement dans l'Yonne.

Signé : Dr Febvré.

Asile de Ville-Evrard : note médicale du 21 octobre 1897.

— La malade est accouchée la nuit dernière d'une petite fille. L'état général de la mère et de l'enfant est satisfaisant. M. Pissier est prié de prendre ses dispositions pour placer l'enfant que nous ne pouvons pas garder dans un asile d'aliénés.

Signé : Dr Febvré.

Asile de Ville-Evrard : note médicale du 31 décembre 1897.

— La malade est assez calme, mais son raisonnement laisse beaucoup à désirer et l'excitation revient sous forme intermittente. La santé physique est bonne.

Signé : Dr Febvré.

Asile de Ville-Evrard : note médicale du 27 janvier 1898.

— La malade est calme en ce moment ; elle s'occupe régulièrement à l'atelier de repassage et elle ne manifeste aucune idée délirante. Toutefois, son affection mentale étant caractérisée par des troubles intellectuels intermittents, il est prudent de la maintenir en observation encore un certain temps, afin de se rendre compte de la valeur et de la solidité de l'amélioration que je constate actuellement dans son état mental. La santé physique est excellente.

Signé : Dr Febvré.

Asile de Ville-Evrard : note médicale du 26 février 1898.

— Un essai de sortie peut être tenté en faveur de la malade qui se trouve dans un état mental satisfaisant. La famille de

Madame Percheron (si le mari de la malade accepte cette manière d'agir) n'a qu'à m'écrire qu'elle désire cette sortie, qu'elle s'engage à reprendre, à soigner, et à surveiller Madame Percheron. Je délivrerai alors un certificat favorable qui sera immédiatement adressé à M. le Préfet de Police.

Asile de Ville-Ervard : certificat de sortie du 3 mars 1898.

— se trouve actuellement dans un état de rémission qui permet de la rendre à sa famille qui la réclame, ainsi qu'il résulte de la lettre ci-jointe, la malade sera reçue par ses parents qui habitent Villemanoché (Yonne) et qui s'engagent à l'entourer de soins dévoués.

Signé : Dr Febvère.

Asile de Ville-Ervard : note médicale du 3 mars 1898.

— Je viens de rédiger un certificat de sortie en faveur de la malade qui est réclamée avec insistance par ses parents. Comme elle est en ce moment très calme et très régulière dans ses actes, j'estime qu'elle sera très bien à Villemanoché pour achever sa convalescence. Il faudra recommander à ses parents de laisser l'enfant en nourrice ; c'est une mesure de prudence qui, en même temps, évitera à la malade une fatigue et une préoccupation.

Signé : Dr Febvère.

Ces notes très précises nous fournissent de précieux renseignements sur l'état de cette malade sortie depuis du service de M. le Dr Febvère, et qui n'a vraisemblablement plus présenté depuis lors de phénomènes mentaux, fait qui est bien en rapport avec la bénignité relative de la folie éclamptique.

IV

PSYCHOSES DANS L'INFECTION PUERPERALE

De tous les accidents de la grossesse, l'infection puerpérale est celui qui s'accompagne le plus fréquemment de manifestations vésaniques ; Hensen montra le premier les rapports très étroits qui lient la folie à l'infection puerpérale ; dans 42 cas sur 49 observés à Copenhague, il nota l'existence de phénomènes infectieux plus ou moins graves, plus ou moins prolongés. Il montra bien aussi la fréquence d'une forme particulière d'aliénation, la confusion mentale hallucinatoire, qu'il nota 40 fois sur 42, et dans les 2 autres, les renseignements manquaient pour affirmer le diagnostic, qui sans doute eut été aussi celui de confusion hallucinatoire.

La même année, Mayer, sur 28 cas empruntés à la clinique psychiatrique de Strasbourg, notait 12 fois des phénomènes infectieux ; pour cet auteur, le délire est dû uniquement à la fièvre qui accompagne la résorption septique, tandis que pour Hensen l'agent infectieux agit directement sur la cellule nerveuse ; nous verrons plus loin quelle part il faut faire à ces deux facteurs.

Citons encore Lloyd, en Amérique, qui a également montré les relations fréquentes entre l'infection et la folie puerpérale et surtout la thèse de Lallier qui admet la proportion de 70 %. — De l'ensemble des statistiques que

nous avons eues sous les yeux, il ressort que dans 50 à 60 % des cas, en prenant la moyenne des divers chiffres mis en avant, la folie puerpérale est liée à l'existence d'accidents infectieux.

Quant à la date d'apparition des phénomènes psychopathiques, il est bien difficile d'établir une règle précise ; les variations assez considérables observées dans les divers cas tiennent sans doute à l'intensité plus ou moins grande des phénomènes infectieux, et aussi à l'état de susceptibilité plus ou moins grande du système nerveux ; nous nous refusons à admettre dans la catégorie des délires infectieux les cas d'ailleurs douteux où la psychose se serait manifestée avant les phénomènes infectieux. Une fois sur 10, d'après Hansen, les troubles mentaux apparaissent après la disparition des autres manifestations infectieuses ; mais le plus souvent le délire apparaît de 2 à 10 jours après l'apparition de la septicémie.

*
* *

L'infection puerpérale, comme tous les autres modes d'infection, peut retentir sur les centres nerveux supérieurs et produire des états d'aliénation très variables, quant à leurs formes cliniques. Nous n'avons pas à discuter, ni même à signaler ici, les diverses hypothèses qui ont été émises pour expliquer l'influence des micro-organismes ou de leurs sécrétions sur le fonctionnement de la cellule nerveuse ; mais nous croyons devoir rappeler un récent travail de MM. Nageotte et d'Ulinger (1), dans lequel ces auteurs donnent les résultats d'expériences relatives à cette action ; ils

(1) *Presse médicale* du 23 février 1898.

ont vu que des infections ou intoxications très diverses (tétanos, toxine tétanique, iodure de potassium, etc.), produisaient dans la cellule nerveuse des lésions appréciables par une méthode de Nisol, et offrant tous les intermédiaires entre la simple diffusion de la substance chromatique et la fissuration, puis la fragmentation de cette même substance ; ces lésions histologiques doivent s'accompagner forcément de mort fonctionnelle d'abord, puis de mort anatomique de la cellule nerveuse, et elles permettent de concevoir comment, dans le cas particulier qui nous occupe, l'infection puerpérale produit le plus souvent de la démence soit aiguë et curable, (mort fonctionnelle, véritable anesthésie passagère de la cellule nerveuse), soit chronique (mort anatomique et évolution dégénératrice de ce même élément).

Nous admettons, disons-nous, que l'infection puerpérale produit le plus souvent des états de démence, soit confusion mentale, soit démence primitive. Assurément, ce n'est pas là l'opinion admise par la majorité des auteurs, et nous pouvons lire, par exemple, dans le précis des maladies mentales, de Régis : « puis l'accès éclate, et trois fois sur quatre, dit-on, il prend la forme de la manie, surtout de la manie aiguë. Quant à la mélancolie puerpérale, elle affecte également la forme aiguë, ou même la forme suraiguë, c'est à dire la stupeur ». Cela tient, croyons-nous, à ce que les états de confusion mentale, bien qu'étudiés tout d'abord en France, sont peu admis encore par nos compatriotes, et nous pensons que, dans bien des cas où le diagnostic de manie ou de mélancolie a été porté, il s'agit véritablement de confusion ; nous verrons d'ailleurs combien le diagnostic est souvent délicat, dans ces cas de confusion mentale stupide, où le mutisme des malades rend sou-

vent bien difficile l'étude de l'état des facultés psychiques.

Nous ne nions certes pas pour cela que l'infection puerpérale ne puisse entraîner à sa suite des états de manie ou de mélancolie, mais nous pensons que, dans ces cas, et ils sont relativement nombreux, l'agent infectieux n'agit pas directement sur la cellule nerveuse, mais par l'intermédiaire des diverses réactions organiques qu'il provoque, la fièvre par exemple ; en somme, il est permis de dire que dans ces cas là, la malade fait de la manie ou de la mélancolie, voire des idées de persécution ou de grandeur, à l'occasion de son infection utérine, comme elle aurait pu en faire à l'occasion d'un traumatisme, ou d'un choc moral intense. L'infection est le prétexte, non la cause vraie, de la psychose. La théorie de la dégénérescence mentale, œuvre de l'école française, et généralisée magistralement par Magnan et ses élèves, permet d'expliquer ces prédispositions.

Donc, nous admettons, consécutivement à l'infection puerpérale, 2 grands groupes d'états mentaux ; le premier, caractérisé par l'affaiblissement en masse des facultés intellectuelles, est celui des démences — soit aiguë (confusion mentale) — soit chronique d'emblée (démence primitive précoce) ; le second, caractérisé par la déviation, l'incoordination de ces mêmes facultés qui restent néanmoins intactes, comprend la manie, la mélancolie, et leur combinaison, la folie circulaire, enfin les délires de dégénérés.

Etudions séparément les modalités cliniques :

A. *Confusion mentale primitive*. Isolée d'abord par Esquirol, qui avait eu le tort d'en faire une espèce trop

compréhensive, dans laquelle il réunissait des états morbides fort divers, l'étude de la confusion mentale a été reprise en Allemagne alors que l'école française paraissait l'avoir oubliée; actuellement, les auteurs français, après l'étude si remarquable de Chaslin, recommencent à admettre son existence.

Caractérisée essentiellement par l'affaiblissement en masse des facultés intellectuelles, la confusion mentale n'est donc qu'une variété de démence, mais une démence particulière par son évolution, sa marche, sa terminaison, comme aussi par certains de ses symptômes. Et d'abord, la confusion mentale, par définition, est un état primitif; mais, en outre, il est à évolution rapide, soit vers la guérison, soit vers la mort; c'est un état aigu, frappant un individu jusque là en pleine santé mentale, et annihilant, d'une façon plus ou moins complète, ses facultés intellectuelles; c'est, que l'on nous pardonne l'expression, de l'insuffisance psychique aiguë, analogue, jusqu'à un certain point, à l'insuffisance rénale ou hépatique; et le malade, souvent sans prodromes ou après une phase prodromique très courte et caractérisée par de l'agitation, de l'insomnie et un peu d'obnubilation, se trouve plongé dans un état de démence presque complet; l'action de contrôle, de critique des centres supérieurs se trouve supprimée, et le malade, réduit à sa moelle et à son isthme encéphalique, ne peut plus accomplir que les fonctions de la vie végétative; il est indifférent à ce qui l'entoure, ne paraît pas entendre les questions qu'on lui pose, et, en tous cas, n'y répond pas; en insistant beaucoup, on arrive parfois à le forcer à un peu d'attention, et son visage reflète alors la fatigue que lui cause cet effort; on arrive ainsi à tirer de lui quelques

mots, généralement sans suite et sans aucun rapport avec la question posée. Souvent, on peut observer des troubles somatiques, tels qu'inégalité pupillaire, pupilles déformées, signe d'Argyll Robertson, absence de tout réflexe pupillaire ; abolition ou exagération de réflexes tendineux, ou bien de véritables tics comme en présentent les déments secondaires ; mouvements de dégustation, contractions intermittentes des masséters, mouvements des doigts, parfois mouvements carphologiques. Enfin, pour compléter l'analogie avec les démences chroniques, ajoutons que le gâtisme n'est pas rare.

La forme que nous venons de décrire là est la forme stupide ; et l'on voit combien cet état ressemble à la stupeur des mélancoliques. Mais le mélancolique stupide est un délirant ; son intelligence est intacte, quoique déviée ; elle ne juge plus sainement le monde extérieur, mais elle le perçoit. Le mutisme et l'immobilité du mélancolique sont voulus ; il refuse de répondre ; mais quand il veut parler, il émet ses idées, qui peuvent être délirantes, mais qui sont du moins coordonnées ; comme conséquence de ces idées délirantes, le mélancolique offrira des réactions diverses ; il fera, par exemple, des tentatives de suicide qui seront raisonnées ; il cherchera à se laisser mourir de faim. — Chez le confus stupide, rien de semblable : le malade ne réagit plus au monde extérieur, il ne le perçoit même plus. Chez lui, plus d'idées délirantes, puisque les facultés idéatives sont abolies ; il pourra avoir des hallucinations (nous avons même décrit précédemment la forme *hallucinatoire* de la confusion mentale) ; mais il se contentera d'enregistrer les hallucinations sans les commenter, sans bâtir à leur aide un système délirant. Il ne répond pas aux questions, non

pas parce qu'il ne veut pas, mais parce qu'il ne les comprend pas, parce que les mots n'éveillent plus en son esprit l'image des objets qu'ils désignent ; il est enfin bien incapable de faire une tentative de suicide ; il ne cherchera pas à se laisser mourir de faim, mais il ne pensera pas à manger, alors qu'il absorbe très bien les aliments qu'on lui présente.

Mais à côté de cette forme dépressive, stupide, de la confusion mentale, il existe une forme au contraire expansive, où l'agitation peut atteindre aux dernières limites. Dans ce cas, la malade ne peut rester en repos ; le visage est animé, rouge, injecté ; les yeux sont brillants, mais sans expression ; l'agitation est extrême, et l'on peut dire qu'elle est incessante, ou coupée seulement par des périodes de repos de très courte durée. La loquacité est souvent très grande, mais la malade profère des mots sans aucun lien, sans aucun sens. Il est peut-être plus difficile encore que dans la forme précédente de fixer son attention, parfois on obtient des réponses par association. Nous nous étendrons peu sur la description de cette forme, qui est caractérisée le plus souvent par l'intensité et la multiplicité des hallucinations, et que nous avons décrite sous le nom de confusion hallucinatoire, comme fréquente surtout dans l'éclampsie. Rappelons seulement combien, dans ces cas, le diagnostic peut être difficile avec la manie aiguë ou suraiguë ; le plus souvent, cependant, on pourra trouver des signes différentiels dans les caractères mêmes de l'agitation ; absolument désordonnée, incoordonnée, absurde dans la confusion, elle est, au contraire, sous la dépendance des conceptions délirantes dans la manie, et garde par conséquent un certain caractère de spécialisation vers un but à atteindre ; la loquacité, dans la manie, paraît incohérente, parce que la

multiplicité des idées du malade fait qu'il n'en exprime qu'une partie, et les intermédiaires faisant défaut, l'observateur croit à une incohérence plus apparente que réelle ; mais, par moment, on arrive à saisir le lien qui réunit les discours en apparence si décousus, et à constater ainsi l'intégrité de l'intelligence ; on obtient de même souvent du maniaque, en insistant suffisamment, une réponse logique. Chez le confus, au contraire, les mots sont proférés d'une façon automatique, réflexe en quelque sorte ; il parle comme il agit, sans poursuivre un but déterminé, sans pouvoir édifier un délire sur ses hallucinations, tant les facultés psychiques sont profondément lésées.

D'ailleurs, les phénomènes ne sont pas toujours aussi accusés que nous venons de le montrer, et ces cas où l'affaiblissement intellectuel est aussi profond et aussi subit sont d'un pronostic fort sombre, puisqu'ils entraînent la mort dans un délai de 8 à 10 jours au maximum. Dans des cas plus favorables, l'obnubilation est moins complète, et l'on peut arriver parfois à fixer un peu l'attention des malades, quoique d'une façon toujours très imparfaite ; dans ces cas, le passage à l'état chronique est malheureusement assez fréquent ; néanmoins la guérison peut survenir ; elle n'est même pas très rare au bout d'un an.

Nous croyons donc que c'est à la confusion mentale, soit dans sa forme expansive, soit dans sa forme dépressive, qu'aboutit le plus souvent l'infection puerpérale, et nous croyons que si depuis Marcé le diagnostic de manie a été si souvent porté dans ces cas, cela tient surtout à ce que les états de confusion étaient mal connus ; d'ailleurs, la tendance actuelle est de démembrer la manie, et de voir dans les états maniaques non plus une entité morbide,

mais bien des manifestations psychopathiques de nature et d'origine très diverses. Sans aller aussi loin dans cette voie que Krœpelin qui dans la dernière édition de son traité supprime complètement le chapitre des manies, nous pensons que la manie puerpérale, comme toutes les manies infectieuses ou toxiques doit être rare et que c'est surtout à la confusion mentale avec ses deux grandes formes, soit stuporeuse, soit aiguë et hallucinatoire, soit enfin du premier coup par de la démence chronique.

Au point de vue pratique il ressortira de nos observations qui vont suivre combien sont graves ces psychoses qui surviennent 4 ou 8 jours après l'accouchement et combien est justifiée l'opinion relatée dans notre introduction, du professeur Budin qui voit presque un arrêt de mort dans la confusion mentale survenant chez une jeune accouchée.

OBSERVATION VII. (Prof. PETER)

Sur la manie puerpérale. France méd., Paris, 1875, xxii, 481 et leçons de clinique médicale, Paris, 1879, ii, 679.

Multipare de 29 ans. Une sœur folle après une grossesse. Accouchement par le forceps. Le soir même fièvre. Ballonnement du ventre, utérus douloureux. 17 jours après l'accouchement, délire subit. Se lève, pousse de grandseris, chante ses prières. Veut étouffer son enfant. Voit une grande clarté. Trois jours après, guérison de la folie, continuation du processus infectieux.

OBSERVATION VIII (REIBEL).

De la folie puerpérale (Th. de Paris, 1876, obs. I).

Femme en travail. Procidence du cordon. Réduction de la procidence. Accouchement, le 2^e jour, fièvre intense, utérus douloureux. Le 4^e jour, accès de folie aiguë, délire de persécutions, hallucinations. Le lendemain, mort par péritonite.

OBSERVATION IX (REIBEL).

(*Bod. loc.* p. 30)

Accouchement normal. Dix jours après. mouvement fébrile. On trouve dans le vagin des eschares remontant jusqu'au cul-de-sac vaginal, Péritonite, manie avec érotisme prononcé. Le 12^e jour, abcès profond sous-mammaire qui est ouvert. Mort.

OBSERVATION X (MOTET)

Manie puerpérale. — *Monit. des scienc. méd. et pharm.* Paris, 1859, VII, 52.

Femme de 28 ans, bons antécédents, accouchement normal. Huit jours après, désordre dans les idées, visions effrayantes. Se cache sous ses draps. Veut se lever. A cherché à se jeter par la fenêtre. En même temps, symptômes de fièvre. Pas de

cris, mais mouvements désordonnés. On peut cependant fixer un moment l'attention. Fièvre intense.

Bientôt état ataxo-adynamique et mort.

A l'autopsie, méninges et cerveau vivement congestionnés. A la coupe du cerveau, on trouve des caillots noirs adhérents aux parois des capillaires. « Caillots évidemment antérieurs à la mort, véritable phlébite des vaisseaux capillaires », dit Motet. Autres organes paraissant sains.

OBSERVATION XI (DEREVOGE)

De la fièvre puerpérale compliquée de manie aiguë. — Th. de Paris, 1873.

Femme de 27 ans, accouchement normal. Délivrance artificielle. Fièvre le soir même. Le 3^e jour, idées délirantes. Chants, propos incohérents. Ptyalisme. La malade ne reconnaît plus ceux qui l'entourent, ne veut plus s'alimenter. Elle cherche à se lever.

Bientôt, signes de péritonite et mort. A l'autopsie, perforation de l'utérus, pus dans les sinus, péritonite.

OBSERVATION XII (DELAYE)

Folie puerpérale grave ; températures très élevées, etc. Gazette hebdomadaire de scien. méd. de Bordeaux, 1880, I, 298.

Femme de 20 ans. Accouchement à 7 mois 1/2. Quelques jours après, délire, agitation des plus vives. Chants, cris, etc. Hallucinations terrifiantes. Voit des personnes qui veulent l'empoisonner. Bientôt, fièvre intense. Douleurs hypogastriques. Lochies fétides. Pendant un mois, les températures se

maintiennent élevées et le délire continue avec des hallucinations constantes. Puis, celles-ci se calment, font place à un léger délire maniaque qui disparaît peu à peu. Trois mois et demi après le début des accidents, guérison.

OBSERVATION XIII (MARTIN)

Études sur la folie puerpérale. — Th. de Lille, 1880, p. 30.

Accouchement remontant à 10 jours. Agitation continuelle, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Fièvre très élevée. Constipation, vomissements, douleurs abdominales, météorisme. Mort 4 à 5 jours après l'entrée à l'asile. A l'autopsie, péritonite.

OBSERVATION XIV (CARON)

Manie puerpérale compliquée de septicémie puerpérale; guérison. — *J. des sages-femmes*, Paris, 1881, IX, 290.

Primipare de 22 ans. Pas d'hérédité. Caractère triste. Pas d'albuminurie. Accouchement facile et normal, à terme. Le lendemain, douleurs abdominales, fièvre; puis délire violent, cris, chants, agitation. Se lève et veut se jeter par la fenêtre. La fièvre et les douleurs abdominales ne cessent que neuf jours après l'accouchement.

Le délire dure deux mois.

OBSERVATION XV (PILAT)

Infection puerpérale; urticaire au 8^e jour; hallucinations; guérison par crise. *J. des sages-femmes*, Paris, 1882, X, 114.

Secondipare. Accouchement normal. Fièvre. Ventre douloureux et distendu. Six jours après l'accouchement, agita-

tion violente, hallucinations. Voit du monde autour de son lit la salle éclairée à la lumière électrique. Se lève effrayée et demandant du secours. Deux jours après, guérison subite, en même temps qu'apparaît de l'urticaire.

OBSERVATION XVI (PILAT).

Infection puerpérale avec délire maniaque, etc. — J. des sages-femmes, Paris, 1883, XI, 195.

Multipare de 38 ans. Accouchement facile à terme. Trois jours après, douleurs aiguës dans l'abdomen, ballonnement, fièvre. Streptocoques dans les lochies. Au 6^e jour, délire, agitation vive, paroles incohérentes et incessantes. Veut se lever, n'a plus conscience de son état. Yeux hagards, face animée. Vomissements porracés. Stupeur. Mort.

A l'autopsie, péritonite purulente, pus dans les trompes, ligaments larges. Infection des méninges.

OBSERVATION XVII

Communiquée par M. DOLÉRIS. In *Thèse de Lallier*

Accouchement prématuré provoqué ; tentatives infructueuses de forceps ; version ; infection purulente ; délire violent avec hallucinations ; mort.

D. . ., Henriette Marie, âgée de 35 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital des cliniques, le 29 décembre 1873, lit n° 30.

Antécédents héréditaires inconnus. La malade n'a marché qu'à cinq ans, la menstruation s'est établie à 14 ans. Elle est régulière. Premier accouchement en 1870, difficile, terminé par le forceps ; enfant mort ; deuxième accouchement en

1874, aussi pénible que le premier ; forceps ; enfant mort. La malade est actuellement enceinte de huit mois environ. Traces manifestes de rachitisme. Diamètre antéro-postérieur du bassin de 7 cent. $1\frac{1}{2}$.

L'accouchement prématuré est jugé nécessaire. Pour le pratiquer, on applique l'éponge préparée le 6 janvier. Le soir le travail se déclare et le 7, à 9 heures du soir, les membranes se rompent spontanément. On constate une procidence du bras gauche, avec présentation du sommet. Tentatives d'applications de forceps abandonnées à cause de la difficulté qu'elles rencontrent. Version le 7 janvier, à 11 heures du soir. La tête franchit difficilement le détroit supérieur. Enfant mort.

Le 9 janvier, à 4 heures du soir, la malade est prise d'un frisson intense. Le pouls est à 120. A cinq heures $1\frac{1}{2}$ se montrent des convulsions toniques des membres supérieurs. Les avant-bras sont violemment contractés et ramenés dans l'axe du corps. Il y a aussi du trismus, mais les traits ne sont pas déviés et la sensibilité est intacte. La face est pâle et les lèvres violacées.

La malade bégaiet et a perdu la notion exacte des objets extérieurs. Après $3\frac{1}{4}$ d'heure, cet état fait place à la résolution complète. L'intelligence reste un peu obtuse et le bégaiement persiste. Délire violent toute la nuit, avec hallucinations.

Le 10, température très élevée ; pouls : 120. Face vultueuse. Intelligence obtuse.

Le 11, pouls aussi fréquent ; alternance de coma et de convulsions. La défécation et la miction sont involontaires. Les pupilles sont dilatées ; les traits empreints d'hébétude. Les nuits sont toujours troublées par un délire continu.

Le 12, températures encore très élevées. Face pâle, lèvres violacées, langue sèche, fuligineuse. La malade parle toujours

difficilement, mais il y a des moments de connaissance assez complète. A ces moments lucides, succèdent des périodes de coma profond et des périodes de délire avec agitation désordonnée des membres, éblouissements et hallucinations.

Délire et insomnie toute la nuit.

Le 13, même état. Fièvre intense. Eschare au sacrum.

Le 14, à 6 heures du soir, mort.

Autopsie (Résumée). — Méninges saines sans épaississement, ni infiltration. Liquide céphalo-rachidien normal.

Cerveau : hémorragies ponctiformes, disséminées surtout sur les lobes sphénoïdaux. Suffusion hémorragique en nappe mince sur la partie du lobe frontal de l'hémisphère droit.

Base du cerveau saine.

Péricarde injecté, contenant un peu de liquide sanguinolent. Cœur rempli de sang liquide ; ses fibres sont pâles, exsangues. Dans le poumon droit, tubercules au sommet ; dans le gauche, infiltration sanguine du volume d'une noix sur le bord antérieur du lobe supérieur. Péritoine injecté, surtout au niveau du bassin où le feuillet viscéral présente des exsudats fibrineux abondants avec quelques adhérences lâches. Trompes injectées. Utérus : vaste contusion hémorragique considérable au niveau de la partie droite de la base. A la coupe, les sinus sont gorgés de pus, surtout au point correspondant à la contusion.

OBSERVATION XVIII

Communiquée par M. DOLÉRIS, in *Thèse de Lallier*.

Accouchement normal ; infection purulente ; délire aigu ; mort.

D..., Christine, 31 ans, domestique, entre à l'hôpital des cliniques, le 6 janvier 1874, lit n° 18 (plus tard au lit n° 26).

Est entrée, deux mois avant son accouchement, avec un pro-

lapsus utérin. C'est une multipare. Elle accouche normalement le 19 mars à 9 heures 1/2, après un travail de 11 heures.

L'accouchement a déterminé des eschares vulvaires considérables. La fièvre apparaît dès les premiers jours des suites de couches. Au bout de 3 jours, dans la nuit du 23, après des frissons intenses répétés, éclate un accès de délire aigu. Cris, chants continuels, loquacité intarissable, mouvements désordonnés. La malade veut se lever. Elle laisse écouler sa salive. Sa langue est sèche.

Dans la journée, le calme est relatif, la face turgescence, la langue sale, la parole embarrassée. Il persiste du subdelirium. La nuit suivante, le délire violent reparait.

Les mêmes phénomènes se reproduisent les jours suivants, mais bientôt, l'infection purulente fait des progrès et la malade meurt, dans le coma, le 31 mars.

Autopsie (résumée). — Il y a du pus dans la cavité péritonéale, surtout dans le petit bassin. La trompé droite est remplie de pus. Masse suppurée dans le ligament large, formée par un paquet de veines atteintes de phlébite.

La muqueuse utérine forme une bouillie noirâtre. On trouve du pus dans les sinus.

Le poulmon droit est congestionné. Au cœur, on trouve la valvule mitrale insuffisante.

Les méninges sont louches, surtout le long des vaisseaux et de la scissure de Sylvius, où elles sont complètement opaques et de couleur laiteuse. En ces points elles sont aussi très épaissies, mais se détachent facilement du cerveau. Cet aspect des méninges existe sur la face convexe et à la base des hémisphères cérébraux, ainsi que sur les faces supérieure et inférieure du cervelet. La substance cérébrale est normale.

Les reins sont congestionnés.

OBSERVATION XIX

Communiquée par M. DOLÉRIS, in *Thèse de Lallier*.

*Accouchement normal ; infection purulente ; délire aigu ; mort ;
abcès du cerveau.*

B..., Désirée, 27 ans, couturière, entrée le 12 mai 1874, à l'hospice des cliniques, lit n° 32.

La malade présente une atrophie complète du membre inférieur droit. Son accouchement a été normal. Au début des suites de couches, un appareil fébrile grave est constaté, avec frissons, langue saburrale. Le 3^e jour, apparaît du subdélirium, accompagné de céphalalgie. Le délire est monotone ; après 3 jours de durée, il devient aigu, avec cris, mouvements désordonnés. La face est turgide, la fièvre intense, l'insomnie complète, l'anorexie absolue. Il y a en outre de l'anurie.

En même temps, la malade se plaint d'un point de côté à droite et on constate les signes d'une pneumonie superficielle. Bientôt le coma apparaît, avec des troubles de la vision, une contraction énorme de la pupille, et la malade meurt le 19.

Autopsie (résumée). — Abscès métastatiques nombreux, superficiels, à la face postérieure du poumon droit. Un abcès dans le foie. Reins congestionnés.

Dans le lobe frontal de l'hémisphère cérébral droit, il existe un abcès du volume d'une noisette. Autour de ce foyer, congestion intense du tissu cérébral.

OBSERVATION XX

Communiquée par M. le docteur MANGIN, de Marseille,
in *Thèse de Lallier*.

Prédispositions héréditaires et personnelles ; accouchement normal au chloroforme ; abcès du rein ; manie puerpérale ; guérison au bout de 10 mois.

Madame X..., âgée de 32 ans, est née d'un père nerveux, à caractère bizarre. Deux de ses sœurs sont hystériques. L'une d'elles est sujette à des troubles mentaux. La malade est très nerveuse elle-même, sans avoir jamais eu de grandes crises. Il y a trois ans, à la suite d'émotions vives, elle a eu des idées délirantes pendant 3 ou 4 jours. De plus, il y a quelques années, elle a contracté la syphilis.

Elle a été enceinte sept fois. Elle a eu 2 fausses couches.

Madame X..., est venue trouver M. le docteur Mangin en avril 1889, étant enceinte de 6 mois $1/2$, avec des menaces d'accouchement prématuré. Celui-ci peut être évité par l'emploi de la morphine et du viburnum à hautes doses. A ce moment, le docteur Mangin constate de l'agitation marquée, des idées bizarres. Le tout se calme au bout de quelques jours et la grossesse continue sans incident.

Le 2 juillet, l'accouchement a lieu à terme. Il est normal. Le travail a duré 3 heures, Madame X..., craignant la souffrance, a voulu être chloroformisée : le chloroforme fut donné pendant quatre heures par petites doses répétées, sans arriver à la résolution complète. La malade n'a ressenti aucune douleur mais il y a eu constamment de l'ivresse avec paroles incohérentes. Suites de couches normales.

Madame X..., fut très affectée de ce qu'on ne lui permit pas

d'allaiter son enfant ; irritabilité très grande, scènes continuelles de jalousie. Le 12 juillet, elle se lève, et le 14, M. Mangin la laisse très bien. Le 16, il est rappelé. La veille, Madame X.... a été prendre à 6 heures du matin une douche froide. Elle est restée 20 minutes les pieds dans l'eau froide. Peu après frisson, douleur vive dans le sein droit. Fièvre, agitation, un peu de délire. Le docteur Mangin constate la formation d'un abcès du sein qui est ouvert au bistouri le 18. La fièvre tombe.

Les idées délirantes qui avaient été mises sur le compte de la fièvre, s'accroissent et un véritable accès de manie se déclare. Insomnie absolue, perte d'appétit. Au début, de temps en temps, lucidité complète pendant quelques heures, puis l'agitation reparait, on est obligé de faire rester deux gardes en permanence dans la chambre de la malade.

Pas d'albuminurie, rien du côté de l'utérus. Après divers traitements, les phénomènes délirants disparaissent au bout de 8 à 10 mois.

OBSERVATION INÉDITE (XXI^e)

Madame R..., Jeanne-Marie femme F...,

Âgée de 34 ans, journalière, née le 13 août 1864, à Haut-Corlay (Côtes-du-Nord).

PREMIER INTERNEMENT

Entrée le 27 août 1897 Sortie le 16 septembre 1897

Infirmerie spéciale près la Préfecture de Police, le 27 août 1897.

— Est atteinte d'excitation maniaque. Désordre dans les idées et les actes. Déclamations entremêlées de lamentations. Puerpéralité. Accouchement remontant à 15 jours. Insomnie.

signé: Dr Paul Garnier.

Asile Clinique Sainte-Anne : Certificat immédiat du 18 août 1897.

— Est atteinte de folie puerpérale, idées confuses, hallucinations, accouchement il y a quinze jours, laryngite.

Signé : Dr Dagouet.

Asile de Ville-Évrard ; certificat immédiat du 28 août 1897.

— Est atteinte de folie puerpérale, excitation et délire en voie de disparition. A observer.

Signé : Dr Febvère.

Asile de Ville-Évrard : Note médicale du 9 septembre 1897.

— La malade a repris ses forces et la possession de ses facultés. Je viens, en conséquence, de rédiger un certificat de sortie en sa faveur. Je pense qu'elle pourra quitter l'établissement dimanche prochain. Pendant quelques jours, il serait bon d'exercer sur elle une certaine surveillance, et de ne pas lui occasionner une trop grande fatigue pour les soins de son ménage.

Signé : Dr Febvère.

Asile de Ville-Évrard : Certificat de sortie du 9 septembre 1897.

— Pour une folie puerpérale, se trouve actuellement dans un état mental très satisfaisant, et qu'elle peut en conséquence être rendue à son mari qui la réclame.

Signé : Dr Febvère.

Asile de Ville-Évrard : Certificat de quinzaine du 11 septembre 1897.

— Pour folie puerpérale se trouve, comme je l'ai déclaré dans un certificat à fin de sortie, rédigé hier, dans un état mental très satisfaisant, et qu'elle peut quitter l'établissement.

Signé : Dr Febvre.

DEUXIÈME INTERNEMENT.

Entrée le 4 mars 1898 Sortie le

Hôpital Saint-Denis : Certificat du 28 février 1898.

— Est atteinte d'aliénation mentale, qu'elle est dangereuse aux autres et à elle-même et qu'il y a lieu de la faire admettre dans un asile spécial. Cette femme a du reste déjà fait un séjour à Sainte-Anne.

Signé : Th. Iszenard.

*Asile Clinique Sainte-Anne : Certificat immédiat du
1^{er} mars 1898.*

— est atteinte de délire mélancolique avec hallucinations. Idées confuses de persécution, excitation passagère. Insomnie.

Signé : Dr Magnan.

Asile de Ville-Évrard : Certificat immédiat du 5 mars 1898.

— pour la deuxième fois, est atteinte de mélancolie avec anxiété; idées de persécution et d'auto-accusation, hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. État physique très mauvais. Amaigrissement extrême. A observer.

Signé : Dr Febvre,

Asile de Ville-Évrard : Certificat de quinzaine du
19 mars 1898.

— pour la deuxième fois est atteinte de mélancolie avec délire hallucinatoire très intense. A maintenir,

Signé : Dr Febvré.

Etat actuel.

Il est impossible de capter l'attention de la malade ; il est manifeste qu'elle entend fort bien les questions qu'on lui pose, car elle tourne la tête du côté de son interlocuteur, mais la réponse n'a aucun rapport avec la question. Elle marmotte constamment des paroles inintelligibles, à voix basse ; parfois le ton s'élève et on peut saisir des bouts de phrases, qui permettent de dire que les mêmes idées se reproduisent.

La malade est très hallucinée, elle s'adresse à des personnes imaginaires, lève les bras au ciel, tandis que ses yeux s'inondent de larmes ; elle semble s'affliger beaucoup de malheurs imaginaires, aussitôt après elle parle de couleuvres en regardant à terre, puis elle se plaint de son ventre. La confusion des idées, notée par M. Magnan, est des plus manifestes ; malgré cela, dans le désordre absolu de ses pensées, la tristesse se produit le plus souvent ; mais, contrairement à ce qui s'observe chez les lypémaniques types, cette mélancolie n'est pas constante ; des lambeaux de phrases traduisent, par instant, un état mental exempt de toute anxiété.

Après un examen attentif de cette malade, nous sommes tenté de la considérer comme atteinte de confusion mentale, avec prédominance d'idées tristes. Fait digne d'être noté, son état mental, comme on peut s'en convaincre d'après la lecture des certificats de MM. Dagouet et Garnier, est à peu près le même que celui qui a motivé son premier internement.

OBSERVATION (inédite) (XXII^e)

Madame Ch..., Léontine-Joséphine femme P...

Agée de 27 ans, couturière, née le 8 avril 1870, à Bressuire,
(Deux-Sèvres)

*Infirmerie spéciale près la préfecture de Police,
16 mars 1898.*

— est atteinte de manie puerpérale et débilité mentale.
Cris, turbulence, propos désordonnés, insomnie. Est accouchée il y a 4 mois.

Signé : Dr Legras.

*Asile clinique Sainte-Anne : certificat immédiat du
17 mars 1898*

— est atteinte de dégénérescence mentale avec excitation,
loquacité, cris, propos incohérents, mouvements désordonnés
insomnie, accouchée depuis 4 mois.

Signé : Dr Magnan.

*Asile de Ville-Evrard : certificat immédiat du
19 mars 1898.*

— est atteinte d'excitation maniaque, trouble général des
idées, désordre et violence dans les actes. État général mau-
vais. Epuisement consécutif à la lactation. A observer.

Signé : Dr Febvère.

État actuel.

La malade, qui est généralement très agitée, est au moment
de notre examen très calme, il est facile d'attirer son atten-

tion. Mais elle reste généralement silencieuse ; il est pourtant possible, avec beaucoup de patience, d'obtenir d'elle une réponse sensée ; c'est ainsi que nous lui demandons pourquoi elle ne veut pas manger : « c'est trop ennuyeux » répond-elle. En effet, on est obligé de l'alimenter à la sonde. Un très grand nombre de questions restent ensuite sans réponse, puis sur notre demande, elle nous répond qu'elle a jadis été malade avec beaucoup de fièvre, mais qu'aujourd'hui, elle va beaucoup mieux.

L'attitude de cette malade est particulière ; elle cherche à se retirer dans un coin de la pièce où nous l'examinons, puis, si nous la touchons du doigt pour attirer son attention, elle vient à nous, cherche à pencher sa tête sur notre épaule d'une façon très caressante ; son regard est langoureux, mais elle ne prononce aucune parole.

En somme, elle est atteinte d'excitation maniaque avec périodes intercalaires d'où l'érotisme ne semble pas douteux.

Mais chez elle, pas plus dans le calme que dans l'agitation, il n'existe de confusion mentale.

B. Démence primitive.

Cet état est assurément très voisin du précédent, puisqu'il est caractérisé comme lui par un affaiblissement des facultés psychiques, pouvant aller jusqu'à leur obnubilation complète ; mais il en diffère par son début, qui est plus lent, moins bruyant ; par la marche de l'affection qui est progressive, essentiellement chronique, au lieu que dans la confusion, l'abolition des facultés est, en quelque sorte, instantanée ; enfin par le pronostic, qui, moins grave *quoad vitam*, ne permet pas cependant d'espérer le retour à l'état normal, par suite à la vie commune.

Nous manquons de bases pour évaluer la fréquence de

cette forme, dont l'existence qui nous paraît incontestable, est démontrée par l'observation originale publiée plus loin. Nous ne croyons pas cependant qu'elle soit très fréquente, et la prédisposition héréditaire doit jouer un grand rôle dans son développement, de même que l'existence d'accès vésaniques antérieurs ; mais, nous le répétons, les documents nous manquent encore pour poser des conclusions fermes à ce ce sujet.

Quoi qu'il en soit, cette forme, nous le répétons, serait en tout semblable à la précédente, n'était son évolution essentiellement chronique et progressive, et l'absence habituelle de phénomènes très intenses d'excitation ou de dépression.

C'est de la démence dans toute l'acception du mot, et l'étude seule des antécédents et du début permet d'affirmer que cette démence est primitive, et qu'elle est symptomatique d'une infection puerpérale.

Quant au pronostic, il se déduit tout naturellement de la marche de l'affection ; l'incurabilité est absolue, et la mort survient au bout d'un temps souvent très long, soit par complications intercurrentes (pneumonie, eschares), soit dans le marasme le plus complet ; elle est d'ailleurs une délivrance pour les malades, réduits depuis longtemps, selon l'expression classique, à leur *tube digestif*.

L'observation suivante nous paraît un bel exemple de cette démence progressive primitive.

OBSERVATION (inédite) (XXIII^e)

Madame M..., Marie-Anne, femme F...

Journalière, âgée de 36 ans, née à Brienne-le-Château (Aube) le

Hôpital Tenon : certificat du 20 octobre 1885.

-- Je soussigné, médecin de l'hôpital Tenon, certifie que la nommée Marchal. Marie-Anne, couchée au n^o 16 de la salle Béhier, atteinte de manie puerpérale trouble, le repos des malades de la salle et que son état nécessite son transport dans un asile d'aliénés.

signé : D^r Strauss.

*Asile clinique Sainte-Anne : certificat immédiat du
25 octobre 1885.*

— est atteinte d'excitation maniaque avec désordre dans les idées et dans les actes, loquacité, propos incohérents. Accouchements récents.

signé : D^r Magnan

*Asile de Ville-Evrard : certificat immédiat du
25 octobre 1885*

— est atteinte de manie puerpérale : affaiblissement de la mémoire ; ne sait pas la date de son arrivée à l'asile.

signé : D^r de Lamaistre,

*Asile de Ville-Evrard : certificat de quinzaine du
8 novembae 1885.*

— est atteinte de manie puerpérale avec excitation, désordre dans les idées et dans les actes, insomnie ; à maintenir.

signé : D^r de Lamaistre.

Notes médicales.

Le 30 juin 1889. Depuis quelque temps cette malade est dans une profonde stupeur, ne répond à aucune des paroles qu'on lui adresse, passe des journées entières sans bouger de place, refuse souvent de manger, n'a aucun soin de propreté. Santé physique satisfaisante.

Le 28 mars 1889. La malade est toujours dans la même situation mentale : ses facultés intellectuelles paraissent affaiblies et ne lui permettent plus de se rendre compte de sa situation ou de la portée de ses actes. L'agitation se produit chez elle sous une forme intermittente et elle se traduit par une motilité continuelle, par des cris, des chants, des gestes désordonnés. La malade est souvent indifférente à tout et à tous, elle n'est pas capable de faire un effort quelconque d'attention. La santé physique est bonne.

Le 30 août 1890. Même situation mentale. La malade présente de nombreux symptômes d'affaiblissement intellectuel ; elle reste sujette à des accès intermittents d'agitation, à une foule d'hallucinations ou d'illusions. Les sentiments affectifs sont également altérés, la malade ne s'intéresse pas à la situation de sa famille, de Madame sa mère ; elle tombe dans une indifférence de jour en jour plus accentuée. Gâtisme persistant, santé physique bonne.

Le 30 mai 1891. La malade est toujours dans la même situation mentale ; elle continue à éprouver de fréquents accès d'agitation ; elle parle seule, crie, gesticule et elle ne semble pas se rendre compte de la portée de ses actes. Malgré son état habituel d'excitation plus ou moins vive, elle est toujours facile à soigner ou à diriger. Santé physique bonne.

Le 5 décembre. La malade continue à présenter de nombreux symptômes d'affaiblissement intellectuel ; elle est indifférente à tout ce qui se passe dans son entourage ; elle paraît

ne pas comprendre les questions qui lui sont adressées ; continuellement elle parle seule, crie, chante, va et vient sans but, affecte un désordre plus ou moins marqué dans ses actes. Santé physique bonne.

Le 14 avril. La malade ne va pas mieux ; elle reste sujette à de fréquents accès d'agitation ; elle parle seule, crie, chante, manifeste un désordre très marqué dans ses actes, une incohérence complète dans ses idées. Elle continue à être malpropre. Sa santé physique est bonne.

Le 26 décembre. La malade traverse actuellement une période de légère agitation, elle crie beaucoup et elle est sans cesse en mouvement. Son intelligence reste affaiblie ; ses réponses sont toujours aussi incohérentes que par le passé. Santé physique bonne.

Le 11 avril 1893. La malade traverse actuellement une phase d'excitation ; elle est surtout désordonnée dans ses actes sans commettre aucune violence sur les personnes de son entourage. Aussi je puis, malgré son agitation, la laisser au quartier des faibles. Sa santé physique est bonne.

Le 17 juin 1893. La malade est en ce moment très agitée, elle crie, va et vient sans but, manifeste un désordre complet dans ses idées et dans ses actes. Nous pouvons néanmoins la conserver dans son quartier habituel. Santé physique bonne.

Le 3 mars 1893. La malade est toujours dans la même situation mentale ; en ce moment, elle est un peu agitée ; elle ne peut rester en place ; elle commet des actes complètement incohérents. Santé physique excellente.

Le 21 juillet 1894. État mental absolument stationnaire ; excitation plus ou moins vive par intervalles, langage habituellement incohérent ; indifférence, incapacité de s'occuper à quoi que ce soit, et prendre le moindre soin de propreté. Santé physique bonne.

Le 3 décembre 1894. La malade est toujours dans la même situation mentale, elle passe par d'incessantes alternatives d'excitation et de calme relatif. Depuis un certain temps, ses nuits sont plus mauvaises, l'insomnie est habituelle. Santé physique bonne.

Le 15 février 1895. La malade ne s'est pas ressentie des froids rigoureux que nous subissons ; elle a très bon appétit. Son état mental reste très troublé : l'excitation et l'incohérence persistent au même degré.

Le 9 avril 1895. La malade est actuellement agitée, loquace, crie, incohérente, désordonnée dans ses actes. Je puis toutefois, en la recommandant au personnel, la laisser dans son quartier habituel. Le gâtisme persiste. Santé physique bonne,

Le 9 décembre 1895. La malade est toujours aussi incohérente dans ses idées et dans ses actes ; elle est souvent agitée, elle pousse des cris perçants ou se met à chanter sans motifs ; elle ne s'intéresse à rien de ce qui peut se passer dans son entourage. L'intelligence paraît être affaiblie. Santé physique bonne.

Le 4 mai 1896. La malade observe toujours la même attitude ; elle est presque constamment agitée et sous l'influence d'un délire diffus qui indique un commencement d'affaiblissement intellectuel. Santé physique bonne.

Le 13 juillet 1896. La malade est très excitée en ce moment ; elle ne peut rester en place ; elle se fait remarquer par un désordre complet dans ses idées et dans ses actes. Santé physique bonne.

Le 26 décembre 1896. La malade ne varie pas dans son attitude, elle est sans cesse en mouvement, crie, chante, parle seule, n'a aucune suite dans les idées, aucune régularité dans ses actes. La santé physique est bonne.

Le 9 avril 1897. La malade est toujours aussi troublée, elle est sans cesse en mouvement, parlant seule, gesticulant, indif-

férente à tout ce qui se passe dans son entourage. La santé physique est bonne.

Le 8 juillet 1897. Même situation. Intelligence affaiblie et persistance d'accès fréquents d'agitation. La santé physique est bonne.

Le 16 février 1898. Etat mental toujours aussi troublé ; persistance d'hallucinations provoquant une excitation mentale continuelle et se traduisant par une loquacité complètement incohérente et des actes irréguliers et désordonnés. Bonne santé du corps.

Ces notes, dues à la plume autorisée de M. le docteur Febvré, constituent une observation aussi complète que détaillée de l'état mental ; nous nous permettrons seulement d'ajouter quelques mots sur l'habitus de la malade. Ce qui frappe d'abord, c'est l'indifférence absolue de cette femme pour ce qui l'entoure, il est impossible d'attirer son attention même en la prenant par le bras. Elle ne se tourne même pas vers son interlocuteur, marche d'une façon hésitante, sans but, le regard complètement éteint, les mains toujours élevées, perdues dans une chevelure sans cesse en désordre. Au moment où nous l'avons examinée, elle est dans une stupeur profonde. Nous pouvons donc, d'après les certificats de M. le docteur Febvré, considérer cette femme comme atteinte de confusion mentale avec périodes souvent prolongées d'excitation hallucinatoire.

C. Manie, mélancolie. folie circulaire, délire des dégénérés.

Nous avons déjà indiqué notre opinion, sur le rôle que nous faisons jouer à l'infection puerpérale dans le développement de ces psychoses ; nous le répétons, l'agent infec-

lieux joue dans ce développement le rôle d'une cause banale, extrêmement puissante, à la vérité, en raison du retentissement très profond qu'elle a sur tout l'organisme, mais dont l'influence sur les centres nerveux n'a rien de spécifique. Pour nous, l'agent toxique ou infectieux, agissant directement sur la cellule nerveuse, ne peut produire que la désorganisation fonctionnelle ou anatomique de cette cellule, d'où confusion ou démence primitives, mais elle ne peut agir qu'à titre de cause occasionnelle sur ces déviations du mode d'activité de ces cellules, déviations qui constituent précisément les diverses formes délirantes qui nous occupent ici, et qui seront soit généralisées (manie, mélancolie) soit systématisées (délires de persécution, de grandeur, etc.). C'est dire que nous ne reconnaissons aucun caractère spécial à ces délires, dont l'étiologie, dans ce cas encore, dépend tout entière des prédispositions individuelles, et particulièrement de la dégénérescence mentale ; tout au plus, pouvons-nous admettre que l'état de certains appareils (appareil génital dans le cas présent) peut influencer sur la couleur du délire, dont le fonds reste cependant ce qu'il aurait pu être, sous l'influence de causes toutes différentes ; en un mot, la femme en état d'infection puerpérale fera de la manie ou de la mélancolie, parce que ses centres psychiques étaient prédisposés aux manifestations maniaques ou lypémaniaques, mais dans certains cas, et encore tous les auteurs ne l'admettent-ils pas, l'influence de l'accouchement récent pourra se manifester par la couleur spéciale imprimée au délire. C'est ainsi que, pendant longtemps, on a donné la prédominance des idées érotiques comme presque pathognomoniques des psychopathies survenant à l'occasion de la grossesse, et particulièrement des suites de couches ; évidemment cette opinion est

très exagérée, car des états vésaniques de causes très diverses peuvent présenter des idées érotiques, au moins d'une façon passagère, dans le cours de cette évolution ; mais la presque constance de ces idées délirantes dans un cas, leur rareté relative dans l'autre, permet cependant d'admettre que les maladies de l'appareil génital ne sont pas indifférentes pour leur éclosion ; nous citerons dans le même ordre d'idées les troubles de la sphère affective, se manifestant par de la répulsion pour un mari ou des enfants jusque-là adorés.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur les faits, nous contentant d'y joindre l'observation originale suivante, dans laquelle on voit d'abord se produire un état d'excitation maniaque simple, avec perte des sentiments affectifs pour les personnes de l'entourage le plus immédiat, puis, au bout de quelques jours, survient un flegmon diffus, signature de l'infection puerpérale qui enlève la malade en peu de jours.

OBSERVATION (inédite).

F..., 26 ans.

Les parents de la malade sont morts très âgés. La dame F... a encore une sœur bien portante ; il n'existe aucune tare nerveuse dans la famille.

La dame F... avait toujours joui d'une excellente santé ; elle se marie à 22 ans et devient une première fois enceinte ; sa grossesse évolue normalement. L'accouchement a été normal. La fille qui en résulte est encore vivante.

Deux ans plus tard elle redevient enceinte, et après une grossesse normale elle accouche heureusement. Mais une hé-

morragie abondante nécessite une délivrance artificielle.

Elle devient enfin enceinte une 3^e fois ; cette fois encore la grossesse suit un cours normal ; l'accouchement se fait sans incident ; la délivrance est complète et spontanée. Les suites de couches sont des plus simples, quand le 8^e jour, sans raison appréciable, l'accouchée change de caractère. Elle devient triste, irritable. Cette jeune mère qui adorait ses enfants, refuse de les voir. Ses parents lui deviennent antipathiques.

Un médecin consulté au sujet de cet état mental, ne constate pas de signes d'infection, quoique la température s'élève de quelques dixièmes ; pas de céphalalgie ni de vomissements ; les lochies ne sont nullement fétides et le col se referme.

L'état mental devient de plus en plus inquiétant, et le diagnostic de manie puerpérale semble s'imposer : la malade qui, jusque-là, restait couchée, se lève, veut courir dans toute la maison, tente de frapper son entourage, brise les carreaux, se croit en prison, prend son mari pour un gardien détesté. Entre les accès, s'occupe de ce qu'on fait dans son ménage.

Le 11^{me} jour, après l'accouchement, survient un phlegmon diffus de la cuisse qui évolue rapidement et emporte la malade en trois jours.

En somme, malgré le peu de signes d'infection au début, les accidents évidemment septiques qui ont déterminé la mort permettent de considérer cette malade comme atteinte de manie puerpérale, car dans l'intervalle des hallucinations ses discours bien que basculés, pouvaient être facilement compris, et semblaient raisonnables, ce qui n'arrive jamais dans la confusion mentale. Cette observation nous semble intéressante parce qu'elle nous représente un type de « manie » puerpérale survenant 8 jours après un accouchement ce qui, à notre point de vue, est tout à fait exceptionnel, surtout chez une femme n'ayant aucun antécédent névropathique héréditaire ou personnel.

PSYCHOSES DES NOURRICES.

Ce que nous venons de dire de l'éclosion des formes délirantes simples (manie, mélancolie, etc.), dans l'infection puerpérale, nous permettra d'être bref sur la pathogénie et les modalités cliniques des troubles psychiques pendant l'allaitement.

Là encore, les profondes modifications imprégnés à l'organisme maternel par la sécrétion lactée, les fatigues et les soucis de l'allaitement nous paraissent des causes suffisantes pour expliquer les troubles mentaux qui peuvent éclater à leur occasion chez les prédisposées, et nous croyons ici encore que l'allaitement, cause occasionnelle de la psychose, ne détermine par la forme de cette psychose, forme qui reste subordonnée comme toujours aux prédispositions individuelles. — Certains auteurs, cependant, pensent que la mélancolie est le type prédominant, et l'on peut lire dans l'ouvrage de Régis «..... La folie liée à la lactation..... affecte de préférence le type de la mélancolie aiguë ou subaiguë (dépression mélancolique).

Nous croyons cette opinion beaucoup trop exclusive, et il suffit de lire les nombreuses observations recueillies par Marcé, pour se convaincre que les formes maniaques sont au contraire de beaucoup les plus fréquentes.

Ici encore, il est bien difficile de fixer d'une façon même

approximative la date d'apparition de troubles mentaux ; cependant la date moyenne paraît être deux à trois mois en général après l'établissement de la sécrétion lactée.

Disons quelques mots maintenant des formes que peuvent revêtir les psychoses.

A. — *États maniaques.*

Le plus généralement, c'est de manie aiguë qu'il s'agit, et l'on peut distinguer à l'évolution de la maladie les 4 périodes classiques d'invasion, d'état et de terminaison.

Invasion. — Cette période est caractérisée par des troubles organiques variables : sentiment de fatigue, de lassitude, insomnie, inappétence, etc. Puis, petit à petit, ces désordres disparaissent à mesure qu'apparaissent les troubles psychiques, si bien que souvent des malades éprouvent un véritable bien-être à cette période. Mais l'agitation s'établit bientôt, et envahit toutes les sphères psychiques, pour arriver ainsi à la *période d'état*. Là les troubles organiques ont complètement disparu, et la malade paraît éprouver un bien-être parfait ; mais par contre les troubles mentaux sont à leur maximum d'intensité ; ils se caractérisent, dans la *sphère intellectuelle*, par l'*excitation désordonnée* des facultés, d'où résultent : un défaut d'enchaînement dans les idées, et une incohérence très grande de langage (logorrhée). Les hallucinations sont rares, les illusions au contraire très fréquentes.

Dans la *sphère morale*, même variabilité, même incohérence ; les malades pleurent et rient tour à tour ; ils sont doux et tendres, puis l'instant d'après deviennent absolument furieux, le tout sans autres motifs que la rapidité con-

sidérable avec laquelle les idées naissent et meurent dans leur cerveau.

Terminaison. — La guérison est la règle ; elle peut survenir brusquement, ou au contraire par rémission progressive des principaux symptômes. Elle n'est pas rare au bout d'un an, peut encore survenir dans le cours de la seconde année ; au delà le passage à l'état chronique est la règle.

Nous venons de décrire la manie aiguë, parmi la plus fréquente dans la lactation ; mais on peut aussi rencontrer des formes atténuées, d'excitation maniaque par exemple ; les observations qui suivent en témoignent.

B. — Etats mélancoliques.

Ici encore, c'est la forme aiguë qui prédomine, sans exclure la possibilité de formes plus légères, telle que la dépression lypémaniaque.

La période d'invasion, qui peut durer de quelques heures à plusieurs jours, est essentiellement caractérisée par des troubles gastro-intestinaux : état saburral, constipation, anorexie, etc., accompagnés de malaises, d'abattement, de tristesse ; dès le début, peuvent apparaître des préoccupations relatives à la santé, à la condition de fortune, ou des scrupules exagérés relativement à la conduite passée ; les modifications sont souvent inaperçues, et il faut une tentative de suicide pour appeller l'attention de l'entourage sur l'état mental de la malade.

Puis apparaissent les hallucinations, de nature pénible, affectant surtout le sens de l'ouïe. La malade entend des reproches, des menaces ; son esprit se replie sur lui-même, se concentre, ruine les reproches imaginaires, et bâtit à leur aide un délire, composé d'idées tristes, telles qu'idées

de ruine, d'impuissance, d'hypocondrie, de damnation, surtout de culpabilité et de criminalité imaginaires.

Les malades parlent peu, souvent pas du tout, ils restent immobiles, le visage angoissé, couvert de larmes. Souvent ils refusent de manger, font des tentatives variées de suicide. Les troubles digestifs qui ont marqué le début n'ont fait qu'augmenter d'intensité; la nutrition s'accomplit mal, et la température centrale peut baisser de plusieurs degrés; aussi la mort survient-elle assez rapidement dans le marasme, si les conceptions délirantes sont suffisamment prolongées; mais souvent aussi la guérison survient au bout d'un temps variable (quelques jours à 5 ou 6 mois).

C. — Délires de dégénérés.

Nous n'insisterons pas longuement sur les caractères des délires des dégénérés; rappelons seulement que les délires sont polymorphes, variables, souvent absurdes ou incohérents. Comme le dit M. Magnan: « chez les dégénérés, tout est aventure et désordre: ces délires installés avec tant de rapidité, achevés dès leur apparition, ont souvent une étrange complexité. Les idées de persécution coudoient les idées de grandeur; à elles se superposent des idées mystiques, des conceptions hypocondriaques, et tout ce mélange incohérent et enchevêtré disparaît souvent comme il est né...

On peut dire que les dégénérés ont l'esprit en état d'équilibre instable; tout leur est prétexte à délirer, et surtout les manifestations de la vie générale, la lactation comme l'accouchement, comme la ménopause, comme le retour des règles. — Le pronostic de ces malades est grave quant à leur avenir mental, car si la guérison est de règle pour les

premiers accès, les accès vont ensuite en se rapprochant et mènent fatalement les malades à la démence.

Nous donnons ci-après 4 observations de psychoses dans la lactation, choisies parmi les multiples recueillies par Marcé : deux sont de manie, une de mélancolie, une de délire de persécution chez une dégénérée ; nous pensons qu'elles seront une démonstration suffisante à ce que nous avons avancé, savoir que la lactation n'a aucune action spécifique sur le développement des psychopathies, qu'elle n'agit que comme cause occasionnelle, et que les psychopathies banales sont ce qu'elles auraient été sous l'influence de toute autre cause suffisamment puissante pour amener leur éclosion.

OBSERVATION

Manie. — Irascibilité pendant une seconde grossesse. — Accouchement normal. — Allaitement pendant quinze jours. — Adénite mammaire double. — Explosion d'un accès de manie deux mois et demi après la délivrance. — 3 mois de durée. — Guérison.

Cadion, Marie-Françoise, couturière, âgée de 28 ans, entre le 12 mai 1856 à la Salpêtrière, dans le service de M. Bail-
larger.

Cette femme est de petite taille, mais bien constituée, elle est d'un caractère vif et porté à la colère, jamais elle n'a eu d'attaques de nerfs. La première menstruation s'est établie chez elle à quatoze ans et demi sans malaise d'aucune sorte. Sa mère a eu 22 enfants, dont 5 seulement sont vivants, une de ses sœurs et une cousine sont sujettes à des accidents nerveux convulsifs.

La malade a déjà eu une première grossesse signalée par des nausées, des vomissements et une irascibilité beaucoup plus grande que de coutume. L'accouchement a été pénible et le rétablissement complet n'a eu lieu qu'au bout de trois mois ; le retour de couches n'est venu également qu'à cette époque ; l'enfant est mort en nourrice à l'âge de trois mois, sans qu'on ait pu savoir à quelle affection il avait succombé.

Un an après, seconde grossesse pendant laquelle l'irascibilité reparut : la malade était d'une humeur insupportable, s'emportait à tout propos, et mettait à la porte les voisines qui venaient la voir.

L'accouchement se fit sans incident fâcheux, le 18 février 1856.

Pendant quinze jours, la malade put allaiter son enfant, elle était alors parfaitement saine d'esprit ; mais au bout de ce temps, les deux seins commencèrent à s'engorger, et trois abcès se manifestèrent à chacun d'eux ; la douleur devint assez vive pour amener de l'agitation et de l'insomnie, et tous ces symptômes s'exagérèrent encore lorsqu'il devint nécessaire de pratiquer plusieurs incisions ; la dernière opération faite à la fin d'avril, après un mois de souffrances, fut suivie d'une grande exaltation et, quelques jours après, de délire : la malade, en proie à des hallucinations, voyait autour d'elle des animaux qui voulaient la dévorer et entendait des voleurs faisant du bruit dans la chambre voisine ; survinrent bientôt des scènes de violence, elle manqua de jeter son enfant par la fenêtre et mettait tout le monde hors de sa chambre, criant partout qu'on voulait l'assassiner.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital le 12 Mai, elle était complètement maniaque, cependant de temps à autre il y avait quelques intervalles lucides et la malade avait conscience de son état. L'abcès du sein suppurait encore. On le pansa convenablement, on donna des purgatifs et des bains prolongés.

20 Mai... La malade crie, chante, pleure, déclame, l'agitation ne semble pas se calmer, les abcès des seins suppurent toujours... Eau de Sedlitz, bains prolongés.

28 Mai... Un peu d'amélioration; la malade demande à voir son mari, réclame sa liberté, se plaint que les autres aliénées font trop de bruit et lui donnent mal à la tête.

Dans le courant de Juin les abcès finissent par se tarir, l'exaltation se calme sensiblement, mais la malade reste impressionnable, colère et acariâtre; elle ne déraisonne en aucune façon.

Le 10 Juillet les règles apparaissent pour la première fois; elles ne durent que cinq ou six jours et ne s'accompagnent d'aucune modification de l'état mental; la malade répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse, mais avec les gens qui l'entourent, elle conserve un caractère difficile et des emportements inexplicables; le moindre bruit la met hors d'elle-même; parfois elle rit et chante sans motifs, souvent elle va se mettre la tête sous la fontaine en disant qu'elle en éprouve un grand bien. Pendant la dernière quinzaine de Juillet, cette exaltation s'est un peu calmée, la malade s'est mise à travailler, elle est devenue plus tranquille, le sommeil et l'appétit ont repris leur régularité, les colères ont été en s'atténuant et le caractère s'est modifié sensiblement; la sortie a eu lieu à la fin de Juillet.

OBSERVATION.

Mélancolie et hypocondrie après six semaines de lactation. Guérison après cinq mois de traitement.

Madame I... M..., menstruée irrégulièrement, mariée en 1850, à l'âge de 22 ans, devint bientôt enceinte: la grossesse n'offrit aucun incident fâcheux. Elle accoucha d'un garçon bien

portant, le 6 Février 1851, essaya de nourrir quelque temps son enfant et le sevrâ au bout de six mois, la lactation étant insuffisante. Devenue enceinte une seconde fois elle eut une bonne grossesse et un accouchement heureux le 25 Février 1852; cette fois la convalescence fut longue et elle fut forcée de prendre une nourrice. Enfin une troisième grossesse survenue peu de temps après, fut laborieuse à son début. Pendant plusieurs mois il y eut des spasmes, du malaise, des douleurs de ventre, puis enfin une névralgie qui se fait sentir surtout du cinquième au septième mois; les derniers mois de la grossesse se passèrent sans accident. Le 4 Décembre 1853, Madame M... accoucha heureusement d'une fille; cette fois, ayant un peu plus de lait, elle voulut nourrir son enfant, malgré tous les ans. Pendant les premiers jours de Janvier elle tenta d'allaiter, mais bientôt elle fut obligée de renoncer à ce projet, car le 11 survint une indigestion caractérisée par des vomissements, diarrhée et douleurs abdominales très intenses; le soir il y eut des frissons et la nuit fut très agitée; dès lors commencèrent à se manifester quelques idées délirantes; la malade, très faible, très abattue, répétait quelle allait mourir.

Le 13, encore des frissons et du malaise et, cependant, le pouls ne donne que 65 pulsations; déjà on observe quelque chose d'anormal dans son maintien et dans son langage. Sulfate de quinine; 1 gramme.

Le 18, le délire hypocondriaque se manifeste plus nettement; la malade ressent dans l'abdomen une grande chaleur qu'elle attribue à une maladie de matrice. La douleur qu'elle éprouve, dit-elle, se porte tantôt sur un organe, tantôt sur l'autre; elle ne pourra jamais guérir. Tout son être devient malade; elle deviendra folle, elle est vouée à la mort.

Les accidents semblant l'exaspérer périodiquement, on essaya encore le valérianate de quinine, mais sans grands résultats. L'insomnie persiste pendant sept ou huit nuits, le

délire s'étend chaque jour, et il devient impossible de soigner Madame M..... au milieu de sa famille.

C'est vers le 15 Février que j'ai été appelé à lui donner des soins.

La malade offre tous les symptômes du délire hypochondriaque associé à la mélancolie. Elle éprouve des douleurs au sinciput et dans toutes les parties du corps, elle a peur de tout, se trouve toujours très mal, se désespère sur son état de santé, répète qu'elle mourra le lendemain. Elle craint d'être séparée pour toujours de son mari, de ses enfants ; pas d'idées de suicide ; constipation habituelle ; pâleur, pouls petit, sans bruit de souffle au cœur ; amaigrissement. Par instants, spasmes nerveux analogues à la syncope. La malade, triste, abattue, refuse de travailler, surtout le matin ; le soir, elle est souvent gaie et souriante, elle lit et s'occupe volontiers.

Fer, bains sulfureux, affusions froides, gymnastique, promenades, direction morale suffisamment énergique.

Au bout de six semaines, l'embonpoint a reparu ; la malade a meilleur aspect, le délire est moins intense, elle peut lire et s'occuper d'une manière régulière.

Le traitement a été continué pendant tout le mois de mai, vers le milieu de juin. Après de nombreuses oscillations dans l'état mental, Madame M..... était en pleine convalescence et l'on regardait la guérison comme assurée.

OBSERVATION

Accès de folie à double forme par cause morale pendant l'allaitement. — Guérison.

Marie Durand, femme Denisot, fut amenée dans la maison, le 16 mai 1825. Elle était d'un tempérament nerveux, très bavarde et nourrissait son sixième enfant. Nous apprîmes qu'un an

auparavant elle avait eu un tel héritage qu'il lui avait donné une grande vanité et avait augmenté son bavardage, qu'un procès était survenu ; qu'il avait fallu soumettre un de ses enfants à l'opération de la taille, et que son esprit, ainsi tourmenté dans tous les sens, n'avait pu résister ; elle avait enfin commis des actes de folie dans le mois de février dernier. Quand elle fut soumise à notre examen, elle présentait une manie bien caractérisée, une agitation continuelle et un défaut de suite dans les idées et dans les actions. On lui avait retiré son enfant, mais la lactation continuait encore ; il fut impossible de lui administrer aucun médicament, à peine si on a pu lui donner quelques bains. Après un mois, l'aliénation mentale prit tout à coup une autre couleur ; Marie Durand devint triste, morose, ne parla plus, maigrit beaucoup, tenta plusieurs fois de se suicider ; il fut encore impossible d'essayer aucun traitement. Cependant, au bout de six semaines, cette profonde mélancolie commença à se dissiper ; l'aliénée répondit aux questions qu'on lui fit, l'appétit revint, elle demanda ses enfants, bientôt après son mari. On put dès lors annoncer une guérison prochaine : elle fut complète au mois de septembre et n'a pas varié depuis, quoique Denisot ait repris la direction de son ménage. La lactation n'a cessé qu'au mois de novembre. (Rich, *Clinique de la maison des aliénés de Montpellier* 2826 p. 34).

CONCLUSIONS

Nous concluons donc de cette étude qu'on peut diviser les psychoses puerpérales en 4 grands groupes :

- 1° Les psychoses du début de la grossesse.
- 2° Les psychoses de l'éclampsie.
- 3° Les psychoses de l'infection puerpérale.
- 4° Les psychoses des nourrices.

I. Les psychoses du début de la grossesse n'affectent pas un type spécial ; elles n'évoluent que sur un terrain préparé à l'avance par des antécédents névropathiques héréditaires et personnels ; la grossesse n'est que l'agent provocateur des troubles mentaux. Ces psychoses ne comportent pas un pronostic grave : elles guérissent ordinairement dans un laps de temps variable de quelques jours à quelques mois après l'accouchement.

II. Les psychoses de l'éclampsie peuvent se montrer dès le septième mois de la grossesse et l'auto-intoxication nous apparaît ici comme un facteur, si non exclusif, du moins de premier ordre. Elles revêtent souvent la forme très bien décrite en Allemagne sous le nom de *Confusion mentale hallucinatoire à évolution aiguë*, type de l'infection ou de l'auto-intoxication. Le pronostic de ces psychoses est plus réservé que le précédent parce que ce sont des malades

qui s'infecteront facilement au moment de l'accouchement : elles évoluent souvent vers la guérison, mais on observe aussi quelquefois le passage à l'état de démence chronique.

III. Les psychoses de l'infection puerpérale, plus rares maintenant que l'on sait prévenir et lutter contre la streptococcie obstétricale, doivent être bien connues de tous les praticiens, car nous avons insisté sur la gravité de leur pronostic. Ce n'est pas à ce seul point de vue qu'elles méritent toute attention. M. le professeur Pinard indique comme une des principales causes de l'éclampsie et de l'infection, les mauvaises conditions physiques dans lesquelles la femme peut se trouver à la fin de la grossesse. Comme le dit très bien le docteur Paris, dans un récent travail sur la « Folie des femmes enceintes », médecins, sages-femmes et municipalités devraient intervenir plus-souvent pour faire secourir au moins les malheureuses dont les derniers mois de la grossesse doivent être passés dans la misère et les chagrins. Mais ne saurions mieux faire que de nous appuyer sur l'autorité du professeur Pinard pour montrer ce que peut faire l'assistance publique des grandes villes pour prévenir l'éclampsie, l'infection puerpérale et leurs tristes compagnes les psychoses puerpérales.

« Je ne veux pas insister, dit M. le professeur Pinard, sur les immenses services rendus à ces pauvres femmes par la création de cette belle assistance qui, non seulement donne à ces deshéritées le logement et la nourriture, leur apporte la consolation et la quiétude, mais encore, en leur assurant les soins spéciaux que nécessite leur état de grossesse, a fait disparaître la plupart des accidents terribles observés auparavant chez ces abandonnées. C'est ainsi que la redoutable

éclampsie, naguère si fréquemment observée chez cette classe de parturientes, à disparu ».

Ces réflexions si autorisées de l'éminent accoucheur nous prouvent combien le médecin doit se préoccuper de ces psychoses dont le pronostic est si grave, surtout au point de vue prophylactique de l'aliénation mentale.

IV. Les psychoses des nourrices comme les psychoses de la grossesse peuvent revêtir différentes formes cliniques, contrairement à ce que pensait Régis pour qui la folie de la lactation affectait toujours le type de la mélancolie. Les fatigues et les soucis de l'allaitement nous paraissent des causes suffisantes pour expliquer les troubles mentaux chez des prédisposées, et nous croyons, ici encore, que l'allaitement, cause occasionnelle de la psychosé, ne détermine pas la forme de cette psychose, forme qui reste subordonnée aux prédispositions individuelles. Le pronostic de ces psychoses est relativement bénin ; dans la grande majorité des cas la guérison survient au bout de quelques mois.

Vu par le Président de la Thèse :

DEBOVE.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BEHIER. Accès d'aliénation mentale (forme mélancolique) chez une femme récemment accouchée (*Gaz. des Hôp.* Paris, 1870 XLIII, 81).
- BELL. Puerpéral mania. *Transylv. M. J. Lexington*, kg. 1333, VI, 182).
- BIßBERGEIL. Glücklicher Ausgang beir einer Eclampsia parturientium und nachfolgender Mania acuta. *Wchnschr. f. d. ges. Heilk. Berl.* 1844, 461.
- BONIFAS. Eclampsie ; accouchement abandonné à la nature ; manie puerpérale ; guérison. *Gaz. des Hôp.* Paris 1860, XXXIII, 446.
- BOUDRIE. Etude sur les causes de la folie puerpérale. Th. Paris, 1878.
- CAREY. Case of puerpéral, convulsions et mania. *Dublin Méd. Press.* 1839, II, 306.
- CHABANON. Etude sur la folie puerpérale. Th. Montpellier, 1879.
- CICCONE. Eclampsia, delirio, mania puerpérale. *Senola méd. napal*, 181, IV, 337.
- DELAYE. Folie puerpérale grave ; températures très élevées pendant un mois ; guérison. *Gaz. Heb. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1880-1898.
- DEREVOGE. De la fièvre puerpérale compliquée de manie aiguë. Th. de Paris. 1878.
- DIDE. La confusion mentale post épileptique et post éclamptique. *Tribune Médicale*, Avril 1898.

- DOUKLIN. On the pathological relation between albuminuria and puerpéral mania. *Edimb. M. J.* 1563, VIII, 994.
- ESQUIVOL. Observations sur l'aliénation mentale à la suite de couches. *J. gén. de méd. chirurg. et pharm.* Paris, 1818, LXII (2^e s. I), 148.
- ESQUIVOL. De l'aliénation mentale à la suite des couches, pendant et après l'allaitement. *Eod. loc.* 337.
- ESQUIVOL. De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. *Annuaire méd. chirurg. des Hôp. de Paris*, 1819. I. 600.
- FAURE. Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. Th. Lyon, 1890.
- FISCHER. Zur Puerpéralmanie. *Wehnschr f. d. ges. Heilk. Berl.*, 1845, 317.
- FLEISCHMANN. Mania puerperalis reiterata; Heilung. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1862, VII, 136.
- FRITZ. Quelques considérations sur la pathogénie de l'éclampsie et ses rapports avec la manie puerpérale. Th. Strasbourg, 1870.
- GARCIA-RIJO. Contribution à l'étude de la folie puerpérale. Th. Paris. 1879.
- GILL, (R.). A curious complication of puerpéral eclampsia; un concessionness for eighty-fom hours, recovery. *Lancet*, Lond. 1889, I, 783.
- DE GORSKI (Mme). Considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature. Th. Paris, 1888.
- HAYWARD. Lotes of a case in which puerperal insanity occured during pregnancy. *Austral. in. gaz., Sydney.* 1886-7, VI, 188.
- HEANY. Puerperal convulsions, followed bymania. *Dublin Hosp. gaz.*, 1837 n. s. IV, 58,
- HENSON. Convulsions, followed bymania nud accompanied withentire loss of speech during pregnancy. *Lancet* Lond. 1830, II, 113.

HILAIRE. Observation sur un cas d'éclampsie suivie d'aliénation mentale. *J. de méd. et chirurg. prat.* Paris, 1834, V, 531.

HUBERT. De la folie puerpérale. Th. Paris, 1864.

LEGRAND DU SAULLE. Le l'influence de la grossesse sur le développement de l'aliénation mentale. *Gaz. des Hôp.* Paris, 1857, XXX, 6 ; 22 et *Ann. médic. psych.*, Paris, 1857, 3^e s., III, 297.

LÉONARD. Eclampsie sans albuminurie, sans œdème et compliquée de manie puerpérale. *Bull., soc., clin., de Paris*, 1886-1887, X, 159 et *France médic.* Paris, 1886. II, 1770. Voir aussi *courrier méd.* Paris, 1887, XXXVII, 433.

MAIORI. Sulla curabilita della frenosi puerperale. *Atti de Cong., des Soc., frenial., ital.*, 1886, Milano, 1887, V, 92.

MARIE. Manie hystérique intermittente à la suite de sevrage, etc., *Gaz., des hôp.* Paris, 1856, XXIX, 526.

— Etudes sur les causes de la folie puerpérale. *Ann., méd., psych.*, Paris 1857, 3^e s., III, 562.

— Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, etc. Paris, 1858.

OLSHAUSEN. Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speciall den nach Eklampsie auftretendem. *Ztschr f., geburtsh und gynæk.*, Stuttg., 1891, XXI, 371.

PILAT, Eclampsie après l'accouchement..., manie puerpérale légère, etc., *Bull., méd., du Nord*, Lille, 1879, XVIII, 380 et *J., des sages-femmes*, Paris, 1880, VIII, 26

— Infection puerpérale, urticulaire au 8^e jour ; hallucinations ; guérison par crise. *J., des sages-femmes*, Paris, 1882, X, 114.

— Infection puerpérale avec délire maniaque ; mort 7 jours après l'accouchement. *J., des sages-femmes*, Paris, 1883, XI, 193.

- POTAIN. Mélancolie avec hallucinations de la vue chez une femme récemment accouchée ; une mère dans ces conditions peut-elle nourrir son enfant ? *Revue méd., franç., et étrang.* Paris, 1879. I, 662.
- PUERPÉRAL, (ou) insanity. *J. Psych. M.*, Lond, 1839. XII, 9.
- RIBELL. Des folies puerpérales. *Rev. méd., de Toulouse*, 1877, 4, XI, 19è.
- SÉGLAS et SOLLIER. Folie puerpérale, amnésie ; astasie et abasie ; idées délirantes communiquées. *Arch. de Neurol.*, Paris, 1890, XX, 386.
- SHAW. Forms of insanity connected with the puerperal state. *Med. Exam.*, Lond., 1876, I, 620.
- TOUZÉ. De l'aliénation des facultés intellectuelles pendant la grossesse, considérée sous le point de vue médico-légal. Th. Paris, 1835.
- WEILL. Considérations générales sur la folie puerpérale. Th. Strasbourg, 1851.
- WEST. Fatal and other cases of puerperal mania. *Assoc. M. J.*, Lond., 1854, II, 716.
- WIGLESWORTH. Puerpueral insanity ; an analysis of seventy-three cases of the insanities of pregnancy, parturition and lactation. *Liverpool, M. Chir. J.*, 1886, VI, 349.

